This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

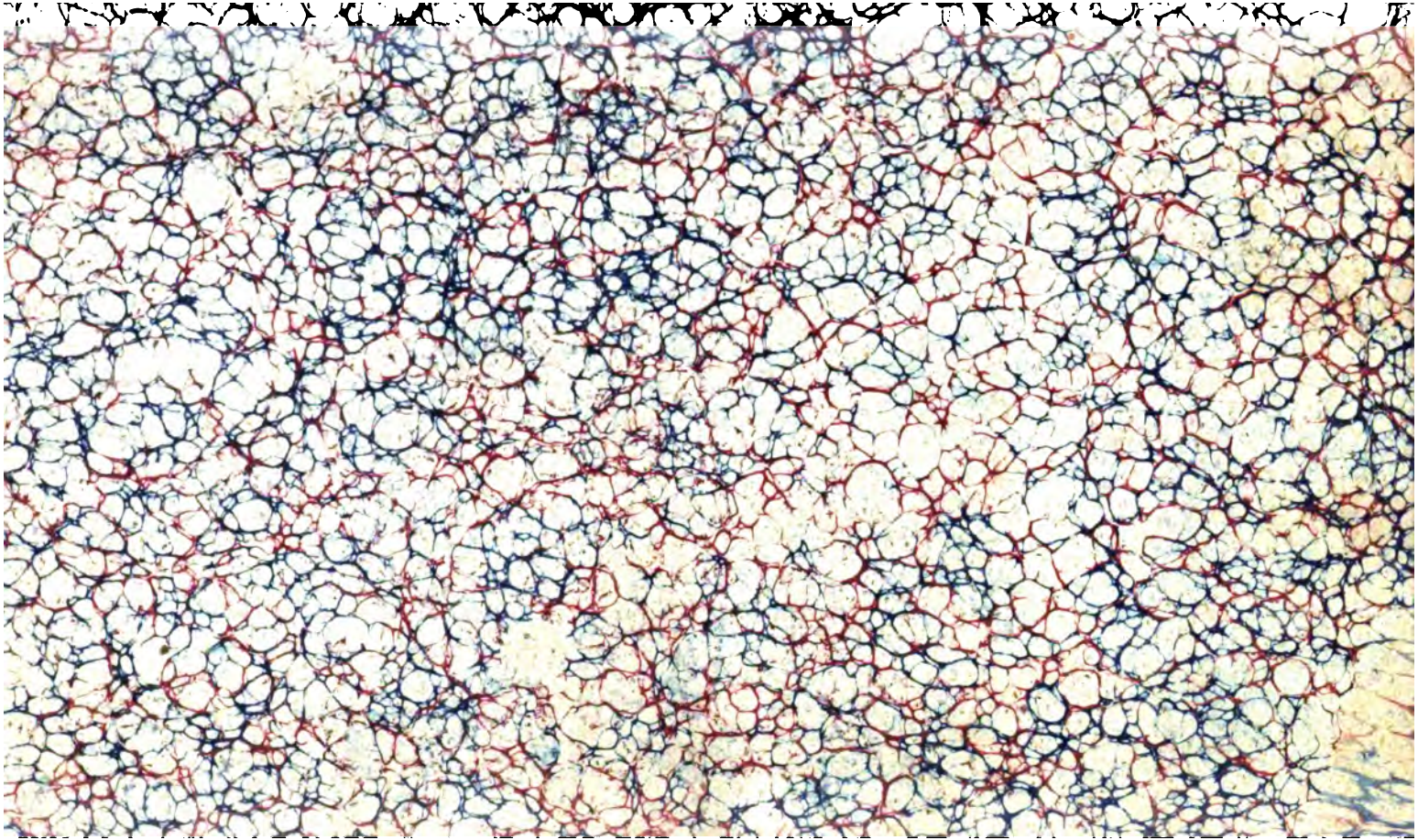
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
L271 .A13 1852 STOR
Traite des hydropisies et des kystes ou
24503419758

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND



TRAITÉ

DES

HYDROPISIES ET DES KYSTES.

Corbeil, typographie et stéréotypie de Crété.

TRAITÉ

DES

HYDROPISIES ET DES KYSTES

OU

DES COLLECTIONS SÉREUSES ET MIXTES

DANS LES

CAVITÉS CLOSES NATURELLES ET ACCIDENTELLES

PAR

LE DOCTEUR J. ABEILLE

Médecin de l'hôpital du Roule, ex-médecin de l'hôpital du Val-de-Grâce,
Lauréat des Académies nationales de médecine de Paris et de Toulouse,
des hôpitaux militaires, etc., etc.

LANE MEDICAL LIBRARY
2382
SAN FRANCISCO

A PARIS

CHEZ J. B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY.

A MADRID, CHEZ BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1859

B

LANE LIBRARY

LANE MEDICAL LIBRARY
2862
SAN FRANCISCO

L271
A13
1852

A

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL LÉVY,

EX-MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR DU VAL-DE-GRACE,
INSPECTEUR, MEMBRE DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

Il a occupé avec distinction cette chaire que Broussais avait rendue célèbre.
Des honneurs précoces lui ont fait déserter trop jeune
encore l'enseignement qui s'alliait si bien avec sa féconde intelligence.
Je lui dédie ce livre pour rendre un hommage public aux qualités
du maître et au cœur de l'ami.

ABEILLE.

PRÉFACE.

Nous voulions éviter au lecteur l'ennui d'une préface : la nécessité de lui faire connaître sous quelles inspirations et par quelles circonstances nous avons été conduit à mettre au jour notre *Traité des Hydropisies* nous oblige à entrer dans quelques détails.

Nous serons bref dans cet exposé.

Il n'est peut-être pas de phénomènes morbides qu'on rencontre plus souvent dans l'exercice de la médecine, que les hydropisies des cavités closes naturelles et celles des cavités closes accidentelles : il n'en est pas, à coup sûr, qui déroutent plus la pratique, et éludent aussi aisément les théories.

Connues dès les temps les plus reculés de la médecine, les premières furent sujettes à une très-grande confusion au point de vue de l'étiologie et du traitement; elles n'eurent pas à gagner beaucoup sous les divers systèmes qui vinrent ensuite régner avec plus ou moins de faveur.

En effet, les doctrines exclusives de l'humorisme, du vitalisme et du solidisme ne pouvaient répandre que peu de lumières sur ces maladies d'origines multiples et variées.

Il faut arriver aux contemporains, à ces derniers temps où,

la science désertant le terrain des systèmes pour l'analyse des faits, s'efforce de les grouper et d'en déduire des conséquences rationnelles, sans oublier les liens qui les unissent à une coordination générale plus élevée, pour voir les suffusions séreuses mieux étudiées, et subir un commencement de classification conforme aux besoins d'une saine pratique.

Personne ne niera que l'expérimentation clinique à laquelle s'applique la nouvelle génération médicale, les recherches chimiques et microscopiques qu'elle a entreprises avec ardeur sur les éléments constitutifs du corps humain à l'état sain et à l'état morbide, n'aient jeté de vives lumières sur la question des hydropisies.

Malheureusement, les produits de tant de nouveaux labeurs restent disjoints par leur dissémination dans des écrits périodiques, des mémoires, des opuscules, et cela presque en pure perte pour les praticiens, à qui il faut un livre qui réunisse toutes les nouvelles données sur la matière.

Les hydropisies des cavités closes accidentelles, qui n'étaient pas plus connues des anciens que des médecins du moyen âge, n'ont commencé à être étudiées qu'avec le concours de l'anatomie pathologique. C'est encore aux contemporains que nous devons les notions les plus étendues et les plus exactes que nous possédions à leur sujet.

Et cependant il n'existe aucun traité, aucun livre spécial qui expose méthodiquement aux yeux des praticiens les variétés aussi nombreuses que fréquentes des kystes, et donne à leur traitement un point d'appui solide, en leur offrant un tableau qui embrasse la nature, la composition, les caractères et la physionomie symptomatologique de chaque espèce.

L'anatomie pathologique de M. le professeur Cruveilhier,

avec ses belles planches, n'est pas elle-même bien riche de faits sur ces produits morbides : c'est dans les thèses de concours, les leçons orales, les cliniques des maîtres du jour, et dans quelques mémoires originaux que se trouvent consignés les meilleurs documents. Comment les médecins, entraînés par les devoirs de la profession, auraient-ils le temps de puiser dans ces sources diverses, dont la plupart leur demeurent inconnues? comment ne se trouveraient-ils pas dans l'embarras, quand ils sont en présence de ces tumeurs aux mille formes, aux contenus les plus disparates, de composition si variée?

Il nous était donc démontré qu'il existait une double lacune : il manquait un livre qui traitât des hydropisies des cavités closes naturelles, d'après les nouvelles données de la science; il manquait un traité des hydropisies des cavités closes accidentelles, qui embrassât l'histoire de tous les kystes, quelle qu'en fût la nature.

Il y avait peut-être quelque témérité à entreprendre de combler du même coup ces deux vides, à rattacher au traité des hydropisies proprement dites l'étude de celles des cavités closes accidentelles.

Ces deux familles pathologiques, distantes l'une de l'autre par leurs extrêmes, ont cependant des points de contact assez rapprochés dans quelques genres, pour légitimer une semblable association. Et puis, les praticiens, en vue desquels ce livre a été composé, n'y trouveront-ils pas assez d'intérêt pour sanctionner la tentative de cette liaison ?

Notre tâche ne pouvait se borner à recueillir et à coordonner tout ce qui a été fait dans ces derniers temps au sujet des hydropisies et des kystes, expérimentations des meilleurs maîtres, observations des cliniciens les plus distingués, etc. Un tel ou-

vrage aurait ressemblé à ces compilations, œuvres du cabinet, qui encombrent aujourd'hui la science, et servent, la plupart du temps, à égarer la pratique, en lui présentant des faits dépourvus d'un contrôle rigoureux, des expérimentations sans contre-épreuve.

Placé depuis des années à la tête de services de médecine dans les hôpitaux militaires, à celui du Val-de-Grâce comme dans d'autres de l'intérieur de la France, de la Corse et de l'Algérie; souvent appliqué aux soins d'une clientèle étendue, il nous a été permis d'observer sur de grands théâtres, sous des latitudes variées, dans des climats différents.

Le résultat d'une observation aussi variée et approfondie a été de nous suggérer le doute en face de certains paradoxes inscrits comme des vérités dans nos meilleurs traités. En soumettant à la contre-épreuve les expérimentations cliniques et en instituant de nouvelles, nous espérons être parvenu à débrouiller l'erreur, à rectifier des observations inexactes, et parfois à produire quelques faits nouveaux, quelques données originales.

Les hydropisies ont été le sujet de nos plus sérieuses investigations. C'est que leur histoire, une fois déblayée des matériaux de faux aloi et des doctrines erronées, ne pouvait s'édifier qu'à l'aide de recherches nouvelles et précises.

Familiarisé avec l'analyse du sang et des urines, avec l'examen microscopique des liquides et des solides, nous avons pu vérifier ce qu'avaient fait nos devanciers, et y ajouter des résultats nouveaux.

C'est ainsi que, pour en citer quelques-uns, nous sommes arrivé à préciser presque mathématiquement les degrés d'anémie qu'entraîne à sa suite l'albuminurie dans les diverses périodes de la maladie de Bright, et l'influence de cette aménie croissante sur la production des hydropisies, ce que

M. Andral avait déjà prévu dans son *Essai d'Hématologie.*

Nous avons rencontré l'albuminurie dans bon nombre de maladies où on ne l'avait pas soupçonnée avant nous; et de là nous avons été conduit à la recherche de l'anémie albuminurique dans ces mêmes cas, par les analyses du sang, ce qui nous a permis de donner l'explication des suffusions séreuses qui les accompagnent quelquefois, et qu'on rapportait à des causes bien différentes.

En même temps que MM. Becquerel et Rodier découvraient, de leur côté, l'anémie albuminurique dans certaines cachexies, notamment dans celle qui procède de l'intoxication palustre, nous arrivions aux mêmes conclusions dans nos analyses. Comme eux, nous étions parvenu à expliquer les suffusions séreuses, si fréquentes dans cet état cachectique, par la chute de l'albumine du sang, tandis qu'on les avait rapportées jusque-là à l'engorgement des viscères abdominaux. Cependant les expériences de ces auteurs, comme les nôtres, n'étaient pas complètes : nous avons pu les mener à bonne fin.

Avoir trouvé que l'anémie albuminurique existe dans cette cachexie, à un degré plus ou moins avancé, ce n'était point détruire la part d'influence accordée par tous les auteurs à l'engorgement des viscères abdominaux sur l'apparition des hydropisies qui les accompagnent.

Les recherches cliniques nous ont donné le dernier mot.

Dans un long mémoire, publié en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*, nous rendions compte de cent malades observés par nous, en Corse, et qui, arrivés à un degré avancé de cette cachexie paludéenne, offrant des rates d'un volume monstrueux, dont beaucoup à coque fibreuse, présentaient au dernier point cet état caractérisé par l'expression d'engorgement des viscères abdominaux. Eh bien, sur ces cent sujets, sept

seulement offraient des traces plus ou moins prononcées de suffusions séreuses, généralisées chez la plupart d'entre eux. C'est que chez ces sept malades, l'altération du sang (anémie albuminurique) était arrivée au point nécessaire pour rendre le sérum apte à se tamiser à travers les parois vasculaires des vaisseaux sanguins. Les quatre-vingt-treize autres quoique ayant le même engorgement des viscères abdominaux, plus que suffisant pour donner lieu aux hydropisies, s'il en avait par lui-même le pouvoir, étaient complétement exempts de ces épiphénomènes. Il ne peut rien y avoir de plus concluant.

N'avons-nous pas découvert dans nos expérimentations cliniques cette propriété aussi bizarre qu'inexplicable de la gomme-gutte à hautes doses dans les hydropisies, c'est-à-dire de cesser son effet purgatif et d'être tolérée à mesure qu'on en élève les doses; de produire une diurèse qui juge les suffusions séreuses, quand elle est donnée à un gramme cinquante, un gramme, et même moins? Et cette découverte, dont nous avons doté la thérapeutique, n'a-t-elle pas subi l'épreuve des praticiens les plus recommandables pour prendre rang ensuite dans les formules usuelles?

Quant aux hydropisies des cavités closes accidentelles, nous avons été parfois tout aussi heureux. Avec notre pratique variée, il nous est arrivé souvent d'observer des cas d'un intérêt saisissant, dans des contrées éloignées de Paris, où les maladies chroniques pullulent à l'écart d'une investigation rigoureuse et éclairée.

Nos travaux sur les injections iodées nous ont permis d'établir sur des bases aussi simples que larges le traitement de la plupart des groupes de cette famille pathologique.

L'expérience domine presque toujours ici les vues théoriques, et cette expérience n'est ni aveugle ni routinière. Si

nous avons constamment cherché à reproduire dans notre livre, ce qui nous était démontré logique et fondé, dans les ouvrages des écrivains de toutes les époques; si nous avons recueilli dans divers écrits périodiques, mémoires originaux, leçons orales des maîtres tout ce qu'il y avait de bon et d'utile pour les questions que nous avions à traiter, le lecteur verra que nous n'avons jamais rien accepté sans contrôle, sans discussion consciencieuse, même en face de l'autorité des noms et des réputations.

La plus grande partie des observations que nous avons produites sont tirées de notre pratique, et nous aurions peut-être à nous en excuser, si cette origine n'était justifiée par la valeur réelle des faits.

Dans tous les cas, notre but sera atteint si nous avons fait un livre utile aux médecins praticiens. Nous n'avons pas eu la prétention d'écrire pour les savants : outre qu'une pareille tentative eût été au-dessus de nos forces, nous l'estimons trop secondaire pour l'humanité pour en faire le but de nos efforts.

TRAITÉ

DES HYDROPISIES.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Le mot *hydropisie* est une expression ancienne, un terme générique que la précision à laquelle nous sommes arrivés aujourd'hui, en médecine, ne devrait plus permettre de tolérer dans notre langage. Cette dénomination tirée des mots grecs ὑδωρ, eau, et de ωψ, vue, ou collection d'eau reconnaissable à la vue, ne peut évidemment s'appliquer à toutes les hydropisies, dont un très-grand nombre se dissimulent au regard et ont besoin d'autres moyens d'investigation pour être reconnues; de même qu'elle ne peut désigner les collections mixtes, composées d'eau et de pus, d'eau et de sang, ou celles qui sont purement purulentes ou hématiques, et dont on ne peut *à priori* deviner la nature.

L'hydropisie, comme unité morbide, ne devrait plus prendre place dans les cadres nosologiques, puisque dans presque tous les cas elle est le produit, l'aboutissant d'affections diverses. Si dans quelques cas rares on s'est complu, jusqu'à nos jours, à la considérer comme essentielle ou constituant tout le fond de la maladie, cela tient, de toute évidence, à ce que certaines altérations des fluides nous échappaient et nous empêchaient de nous rendre un compte rigoureux de la collection séreuse.

Pour ce motif, les suffusions séreuses devraient être classées à la suite des maladies qui leur donnent naissance, et ne pas occuper d'autre place dans nos traités. Mais, outre qu'après avoir été effet elles deviennent elles-mêmes cause de troubles et d'accidents souvent menaçants, et commandent une thérapeutique

spéciale, on ne peut rompre en face avec des traditions enracinées sans craindre de compromettre la cause que l'on veut servir.

Force nous est donc de suivre les sentiers battus, dans ce travail où le côté pratique dominera toujours, en nous dégageant cependant de toutes ces divisions erronées et consacrées d'âge en âge, depuis les temps les plus reculés. Notre classification reposera uniquement sur les données de l'anatomie pathologique, qui est la seule voie du progrès en médecine.

Un simple aperçu d'anatomie physiologique permet d'expliquer tout d'abord la plus grande et la plus simple des divisions des hydropisies, celle en hydropisie générale et hydropisie partielle, ou localisée.

Plusieurs systèmes généraux entrent dans la composition intime de l'organisme et l'entourent de toutes parts comme un vaste réseau, puisque, pris isolément, chacun de ces systèmes est partout continu à lui-même : tel est, entre autres, le système séreux, soit qu'on l'observe dans le tissu cellulaire sous-cutané où il forme des aréoles, des cellules dans le sein desquelles s'accumule la graisse, soit qu'on le considère dans le tissu cellulaire interstitiel, musculaire ou organique, etc., ou dans les diverses surfaces séreuses sécrétantes. En aucun point on ne lui trouve une interception, et partout il se continue à lui-même, quoiqu'en quelques endroits il éprouve des modifications relatives aux fonctions qu'il est destiné à remplir, comme dans les séreuses articulaires ou tendineuses.

Le système séreux, ainsi compris, a des fonctions qui lui sont propres. Ces fonctions tendent à un but commun, celui de faciliter le jeu, le glissement des diverses portions de la machine humaine, destinées à se mouvoir avec ou sans interruption depuis l'origine de la vie jusqu'à son extinction.

Si les propriétés du système séreux demeurent ainsi tranchées, si elles doivent se maintenir constamment dans tous les points et dans les mêmes limites pour l'heureux équilibre des fonctions, de toute évidence, suivant que tout ou partie de ce système sera lésé dans sa structure ou ses rapports, tout ou partie de ses fonctions devra subir, par une conséquence rigoureuse, une altération qui sera en raison directe de la lésion du

tissu ou de ses changements de rapports avec les liquides qui l'imbibent.

C'est de cette idée si simple et si claire que découle la plus naturelle des divisions de l'hydropisie, comme nous venons de le dire, division quant à l'étendue et au siége.

On conçoit immédiatement que si une cause morbide, quelle qu'elle soit, a puissance de modifier dans sa totalité le système séreux, de manière que ses fonctions principales, la sécrétion et l'absorption, cessent de s'équilibrer, il se fera aussitôt dans le sein de toutes les cavités que forme ce système par ses diverses duplicatures, un épanchement de liquide qui sera généralisé ; de là l'hydropisie générale. Quand, au contraire, les modifications ne porteront que sur une portion du système, les fonctions seules de cette portion seront perverties d'abord ; de là l'hydropisie partielle. Mais ici surgit une question importante, question difficile à résoudre. Quand y a-t-il hydropisie ? Quelle quantité de liquide épanché faut-il pour mériter cette dénomination à la collection ?

Puisque le système séreux a pour attribution principale de favoriser le glissement des divers organes qu'il enveloppe ; puisque c'est au moyen d'un liquide propre, par lui sécrété, que doit avoir lieu le facile mouvement à tous les instants de la vie, et dans l'état normal, les cavités séreuses doivent contenir une quantité de liquide lubrifiant, quantité en rapport avec les besoins du fonctionnement de chaque partie. Rien de plus simple, si ces quantités relatives nous étaient connues, que de marquer le trop-plein, l'instant où commence l'hydropisie ; mais ces données nous manquent d'une manière absolue. Il faut donc que nous prenions d'autres bases pour limiter ce commencement.

Si chaque organe a besoin, pour son libre mouvement, d'être lubrifié par une quantité de liquide propre, l'absence complète de ce liquide doit gêner ses mouvements, nuire à ses fonctions, comme la trop grande quantité, et développer une douleur résultant de la gêne des mouvements. Partant, toutes les fois que les fonctions de glissement organique sont ralenties, sans qu'on puisse attribuer cet effet à la suppression de sécrétion de liquide propre à les favoriser, mais qu'au contraire d'autres signes pourront annoncer une augmentation de ce liquide, cette aug-

mentation, à quelque degré qu'elle soit, devra être taxée d'hydropisie. C'est là le seul point qu'on puisse assigner au début de la collection séreuse anormale; point obscur, il est vrai, difficile à constater, c'est vrai aussi, mais que tout médecin de tact et d'expérience pourra soupçonner.

Cette question vidée, une autre se présente : du moment que la quantité de liquide épanché a mérité le nom d'hydropisie, sera-t-il indifférent d'appliquer cette dénomination à des liquides de nature diverse? Le mot hydropisie peut-il également convenir à un épanchement séreux, séro-purulent ou purulent, etc.? Envisager sous un même état morbide des collections à bases si disparates, cela ne conduirait-il pas à de déplorables errements? De prime abord, il semblerait qu'on pût trancher nettement la question en disant que le mot hydropisie ne peut signifier qu'un épanchement séreux. Mais ce principe, vrai au fond, ne devient plus applicable au lit du malade, où l'imperfection du diagnostic et les voiles mystérieux de la nature nous dérobent trop souvent les qualités du produit morbide épanché. On est donc contraint d'embrasser dans une même dénomination des produits différents, à moins toutefois que des signes positifs et certains ne permettent de préciser, sur le vivant, la nature du liquide qui forme la collection.

En remontant aux anciens médecins à qui l'étymologie du mot hydropisie n'était pas moins familière qu'à nous, on voit qu'ils ont donné à cette dénomination une extension à laquelle nous ne saurions nous habituer aujourd'hui, et la preuve en est qu'ils l'employaient avec un adjectif significatif pour désigner une collection dont il est impossible de méconnaître l'essence. Nous voulons parler de l'accumulation gazeuse dont ils faisaient une espèce d'hydropisie caractérisée par le mot τυμπανιτης (Cœlius Aurelian., *Morb. chron.*, lib. III, cap. VIII, tom. II, p. 251).

C'est ainsi que Cœlius Aurelianus reconnaissait une hydropisie générale, ou leucophlegmasie; une hydropisie ascite, ou collection séreuse dans la cavité péritonéale; et la tympanite, ou collection de sérum et de gaz dans la même cavité. Celse adopta les mêmes divisions que Cœlius Aurelianus. En résumé, il devient important, au lit du malade, et quand faire se peut, de séparer des choses si diverses dans leur nature, et quelquefois si

différentes sous le rapport de la thérapeutique; car la conduite du médecin devra souvent différer en présence de collections séreuses, purulentes, hématiques ou gazeuses. Le mot d'hydropisie devra donc être conservé pour les épanchements qu'on présumera séreux, ou dont on ne pourra *à priori* déterminer la nature, tandis qu'on réservera le nom d'épanchement avec l'adjectif convenable à ceux dont la nature purulente, hématique ou gazeuse aura pu être précisée.

CHAPITRE PREMIER.

DES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL.

ART. 1er. — APERÇU HISTORIQUE.

Les anciens possédaient sur les causes, les symptômes et le traitement des hydropisies des notions qui ne sont pas à dédaigner de nos jours. On trouve chez eux une distinction de ces épiphénomènes morbides : d'après leur siége, témoin celle que nous avons citée de Cœlius Aurelianus et adoptée par Celse; d'après la lésion des organes qui leur donne naissance, telles sont l'ascite provenant de l'induration du foie et l'anasarque suscitée par les maladies des reins. Toutes ces distinctions sont reproduites par Héraclide de Tarente. Dioclès et Hippocrate admettaient l'ascite ou hydropisie par infusion, et l'anasarque ou hydropisie par infiltration.

Tandis que les Grecs regardaient l'hydropisie ascite comme découlant des maladies du foie, et l'anasarque de celles des reins, Cœlius combattait cette manière de voir exclusive et reconnaissait encore bien d'autres causes à ces suffusions séreuses.

L'ouverture des animaux avait appris à Galien que le tubercule donne souvent naissance à l'hydrothorax, et parfois les hydatides du foie à l'ascite.

Hippocrate n'avait-il pas judicieusement observé que les hommes qui vivent sous une température humide et dans des lieux bas et marécageux sont plus spécialement exposés aux

collections séreuses? Cet aperçu renferme déjà toute une série d'idées, mieux comprises et bien expliquées de nos jours. Le père de la médecine avait encore noté les hémorrhagies répétées, les affections chroniques, les engorgements des viscères abdominaux comme causes d'épanchement séreux; et sa thérapeutique, s'adressant dans ces cas aux sudorifiques, aux diurétiques, aux évacuants, embrassait presque tous les moyens que l'on met en usage dans notre époque.

L'erreur dans laquelle tomba Érasistrate en attribuant, d'après ses observations sur le cadavre, toutes les hydropisies à l'induration du foie, lui vint de ce qu'il regardait cette induration comme un obstacle à la circulation du sang; cette erreur est d'autant plus pardonnable pour le fond, qu'il est parfaitement établi aujourd'hui que l'obstacle au cours du sang, de quelque part qu'il vienne, est l'une des causes les plus fréquentes et les mieux définies des hydropisies. Il faut dire pourtant qu'à l'époque où cet auteur écrivait on connaissait toutes les altérations viscérales, telles que maladies du côlon, de la rate, de la matrice, des reins, etc., que de nos jours on pose nettement comme autant de causes de collections séreuses.

Asclépiade commence à marquer d'une manière importante dans la description des hydropisies. C'est lui qui distingua le premier les flux séreux en aigus et chroniques, les uns avec fièvre, les autres apyrétiques. Arétée de Cappadoce a laissé une description assez exacte de ces maladies, quoiqu'on puisse lui reprocher d'avoir rangé sur la même ligne des choses bien différentes quant à la nature et à l'origine : témoin ses hydropisies formées par des vessies remplies de sérosité, qui n'étaient autre chose que des tumeurs hydatiques.

Galien démontra l'erreur d'Érasistrate, et prouva qu'en dehors des engorgements du foie les maladies des intestins, du mésentère, des poumons, des reins, les flux hémorrhoïdaires surabondants et l'aménorrhée suscitent aussi des hydropisies. Là ne s'arrêtaient pas les observations de ce remarquable auteur : il remonta jusqu'à l'altération du sang (un vice de la sanguification) pour expliquer quelques hydropisies; et comme pour les anciens le foie était déjà un second organe d'hématose et de circulation, il voulait que celui-ci fût toujours malade, soit primitive-

ment, soit consécutivement. C'est ainsi que, selon lui, les maladies de la rate, des reins, etc., ne donneraient lieu aux suffusions séreuses que parce que le foie participe, au bout d'un certain temps, à l'affection primitive, et que la sanguification s'altère; et, dans le cas où le foie serait malade le premier, le même effet aurait lieu, mais alors initialement, tandis qu'il est consécutif dans le cas précédent.

Alexandre de Tralles indiqua la part que peuvent prendre les poumons dans l'apparition de l'hydropisie, et signala mieux que tout autre celles de ces affections qui sont accompagnées de fièvre, qui sont dues à l'inflammation, à un ulcère; et, secouant la doctrine de Galien qui abusait des réfrigérants, il conseilla la saignée dans les hydropisies par surabondance de sang. Paul d'Égine recourut aussi aux évacuations sanguines dans les anasarques consécutives à la suppression des menstrues, des flux hémorrhoïdaux.

Les travaux d'Aselli marquèrent une nouvelle phase pour l'étude des hydropisies; l'on crut entrevoir dès lors un rôle important joué par les lymphatiques dans leur production. Les idées de cet auteur furent adoptées par Pecquet, Rudbeck, Th. Bartolin; et Morgagni en Italie, Sœmmering en Allemagne, et Hunter en Angleterre prêtaient à cette théorie tout l'appui de leur nom, tandis que les faits pathologiques se groupaient pour la réduire à néant.

La découverte de la circulation est de tous les travaux celui qui a jeté le plus de lumière sur le mécanisme de l'apparition des suffusions séreuses. Jusqu'à Harvey, on n'avait admis que d'une manière peu précise les troubles de la circulation (par maladie seule du foie) parmi les causes de l'hydropisie. C'est à Lower que revient l'honneur d'avoir démontré cette vérité par des expériences irréprochables. Hoffmann, abusant même de cette vérité, voulut faire dériver toutes les hydropisies de cette cause unique. Haller se rangea à l'opinion de Lower.

Halles, en injectant de l'eau dans les veines, démontra le rôle de l'absorption veineuse, et son influence sur la production des épanchements séreux.

C'est aux mêmes expérimentations qu'a eu recours M. Magendie, pour en tirer des conclusions plus logiques et plus rigou-

reuses que nous ne pouvons nous empêcher de citer, malgré le peu d'opportunité apparente pour le moment.

Cet habile physiologiste a observé dans ses expériences : 1° que la pression à laquelle est soumis le sang, dans les vaisseaux, contribue à faire passer la partie la plus aqueuse de ce liquide à travers les parois vasculaires ; 2° que l'injection d'une certaine quantité d'eau dans les veines détermine une exhalation abondante, une véritable hydropisie ; 3° que l'absorption est complétement suspendue par la plénitude des vaisseaux.

Si les anciens ont entrevu la part que les maladies du cœur peuvent prendre dans la perpétration des hydropisies, ce sont les contemporains qui ont établi largement ce fait par les lumières de l'anatomie pathologique. Morgagni, d'abord, a pu recueillir quelques faits bien probants. Après lui, Corvisart a fait faire un pas marqué à la science ; enfin sont venus Laënnec et M. Bouillaud, surtout, qui a parfaitement élucidé ce point de doctrine.

En même temps qu'Harvey et ses disciples démontraient, au moyen de sages expérimentations physiologiques, la cause de tout un groupe de collections séreuses, d'autres cherchaient à les expliquer par la faiblesse générale et par l'atonie des vaisseaux ; d'autres enfin, tels que Linné, Vogel, Sauvages, Cullen, Sagar, dominés par le solidisme, les rapportaient à des altérations de tout le solide vivant. Cependant, parmi ces derniers, Cullen, plus réservé et faisant quelques heureuses exceptions, considéra les altérations du sang et les obstacles à son cours comme étant la cause de quelques hydropisies.

C'est à Brown que revient l'idée d'attribuer l'hydropisie à l'asthénie générale et à la débilité des vaisseaux ; il eut, comme on sait, de nombreux partisans. Stoll, Bacher, Monro, Tissot, etc., rattachèrent, au contraire, quelques hydropisies à la pléthore, à la sthénie, et les combattaient par les antiphlogistiques. Pinel adopta la division de ces états morbides en actifs et en passifs qu'il continua à considérer comme résultant d'une débilité générale, de l'atonie des lymphatiques. Vint ensuite Broussais, qui devait déblayer la science d'une partie de ses doctrines surannées, en donnant toutefois lui-même dans d'autres écarts.

Il démontra avec clarté cette vérité incontestable, que l'état

général peut être sthénique ou asthénique, sans que pour cela la cause morbide change de nature.

Si l'on poursuit les traces des auteurs qui ont cherché à étendre le domaine des hydropisies actives, on trouve Grapengiesser, Barillon, Désessartz, P. Frank (1), Arm. Jobard; Fauchier, dont le mémoire fut couronné par la Société de médecine; et Breschet enfin qui, écrivant sous l'impression des idées de Bichat, professées par Dupuytren et Marandel (2), s'éleva à un haut point d'intérêt pour la science.

Dans ses *Recherches sur les hydropisies actives*, G. Breschet démontre, d'une manière péremptoire, comment certaines d'entre elles dépendent de l'irritation sécrétoire des vaisseaux exhalants. Il montre les affinités qui existent avec cette irritation, d'une part, et l'inflammation, l'exhalation sanglante et purulente, de l'autre.

Ces idées, parfaitement vraies dans quelques cas, n'ont cependant pas atteint sous la plume de cet auteur toute la rigueur de la démonstration, les moyens d'investigation fournis par la microscopie et l'analyse chimique lui faisant alors défaut. Nous devons encore ajouter que ce genre d'hydropisie se trouve toutefois assez restreint, et que, pour l'anasarque en particulier, il est douteux qu'on puisse en citer un seul exemple bien avéré.

Si Breschet eut raison de dire que l'augmentation de l'exhalation est précédée d'un dérangement dans les propriétés vitales des vaisseaux exhalants, il n'eut raison que pour certains cas, et encore, dans cette circonstance, rentrait-il en partie dans l'ancienne doctrine qui rapportait les hydropisies à la force et à la faiblesse.

Willis, Huxham et Cullen furent les premiers qui accordèrent une importance aux altérations du sang comme cause des hydropisies. Ils ne surent point déterminer ces altérations qu'ils ne firent qu'entrevoir, et leur doctrine fut submergée par le solidisme exclusif qui domina le dix-neuvième siècle. Nous revenons aujourd'hui à ces idées fondées en principe. Entre nos mains et avec les ressources nouvelles de la science, elles acquièrent force de loi, comme nous le verrons plus tard.

(1) *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 66 et suiv. Paris, 1842.
(2) *Essai sur les irritations*. Paris, 1807.

Le docteur Bright, en Angleterre, a projeté un jour tout nouveau sur la nature de toute une classe d'hydropisies; cependant on a peut-être un peu exagéré, ainsi que nous le verrons plus loin, l'importance de l'altération rénale, signalée pour la première fois par l'auteur anglais comme cause initiale de ces suffusions séreuses. Christison est le premier qui, par ses recherches sur le sang dans ces sortes d'hydropisies, ait prouvé que ce liquide est dépouillé d'une partie de son albumine, ce qui donne tout de suite la clef du double mécanisme par lequel s'effectuent les collections séreuses. D'abord le rein, ne sécrétant plus en un temps donné une aussi grande quantité d'urine qu'à l'état sain, laisse dans la masse sanguine autant de sérum en sus; ensuite, en laissant passer avec l'urine une grande quantité d'albumine, il prive le sang d'autant de ce principe, le rend plus fluide, et son sérum plus apte à transsuder à travers les parois des vaisseaux exhalants.

M. Rayer, en France, a poursuivi avec ardeur les travaux entrepris par Bright, et a enrichi la découverte du médecin anglais (1). Plusieurs des élèves du médecin de la Charité ont, à leur tour, poursuivi l'œuvre de leur maître, et contribué par des observations rigoureuses à établir l'étiologie de cette classe nombreuse d'hydropisies.

Ainsi que nous venons de le prouver par ce court exposé de la bibliographie des hydropisies, depuis les temps les plus reculés, ces affections ne furent regardées que comme conséquence d'altérations morbides diverses, et on peut dire que les anciens médecins avaient entrevu presque aussi bien que nous les causes multiples qui leur donnent naissance: souvent ils ne purent donner des raisons suffisantes du mécanisme de leur production, ou se perdirent dans des explications vagues ou erronées; souvent encore ils errèrent dans leur thérapeutique. Mais peut-on raisonnablement leur en faire un reproche quand on pense que l'anatomie pathologique leur faisait complétement défaut? Il faut, au contraire, rendre justice à leur esprit éminemment observateur, qui leur laissa entrevoir la plupart des faits que nous vérifions

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire.* 3 vol. in-8. Paris, 1841.

aujourd'hui avec nos moyens d'investigation puissants et nouveaux.

Toutes les idées, tous les aperçus des anciens auteurs ont eu tour à tour à subir les effets d'une prévention mal fondée ou d'un oubli injuste, effets inévitables des doctrines qui se succédaient et submergeaient, comme cela arrive encore aujourd'hui, des faits parfaitement fondés.

Nous allons voir, en parlant des divisions des hydropisies, que nous n'avons peut-être pas grande nouveauté à introduire, et que le point capital est de bien coordonner ce qui se trouve épars, mal expliqué ou mal compris dans ces anciens auteurs.

Art. 2. — Examen critique des diverses divisions émises dans les hydropisies.

De tout temps s'est fait sentir la nécessité d'établir une division méthodique au sujet des hydropisies. La première de toutes fut basée sur la place qu'occupait la collection séreuse. Les Grecs reconnaissaient une infiltration générale, ὕδερος; une hydropisie ascite, παρεγχυσις. A cette division se rattache nécessairement celle d'Hippocrate qui admet des hydropisies provenant des flancs et des lombes, et d'autres déterminées par le foie.

Ainsi que nous l'avons dit dès le commencement, la division la plus ancienne comprenait : 1° une infiltration ou suffusion générale, l'anasarque; 2° l'ascite, ou collection dans la séreuse abdominale; 3° la tympanite, ou épanchement d'air dans la même cavité. Inutile de faire remarquer que cette troisième espèce est un vrai contre-sens dans l'histoire des hydropisies.

C'est à Asclépiade que commence la division réellement importante du temps. Cet éminent observateur distingua, suivant la rapidité ou la lenteur de leur formation, suivant qu'il y avait pyrexie ou apyrexie, les hydropisies en aiguës et chroniques. De cette division capitale surgirent dans les ouvrages postérieurs les expressions d'hydropisie aiguë, chaude, fébrile, pléthorique, sthénique, active, et d'hydropisie chronique, froide, non fébrile, lymphatique, asthénique, passive, suivant que tel ou tel système eut de la prépondérance sur les esprits.

Une autre division qui eut une immense importance et qui

jouit longtemps d'un règne absolu qui se perpétue encore de nos jours, est celle qui établit deux classes distinctes d'hydropisies : celles dites essentielles, idiopathiques ou sans altération appréciable d'organe, et les hydropisies symptomatiques ou consécutives à une altération organique.

L'hydropisie chaude fut dénommée fébrile par Boerhaave, pléthorique par Stoll ; sthénique, hypersthénique par les broowniens ; inflammatoire, aiguë, active par Broussais, Breschet et toute l'école physiologique. Nous nous abstenons, quant à présent, d'énumérer les signes auxquels ces auteurs faisaient reconnaître ces suffusions séreuses. Ils se présenteront plus naturellement quand nous établirons comparativement les divisions par nous adoptées.

On ne peut nier que la division des physiologistes n'eût quelque chose de très-séduisant pour l'esprit. Les hydropisies actives et passives représentaient, jusqu'à un certain point, l'état de la science pour une certaine catégorie ; aussi n'est-on point surpris de voir des hommes de la trempe de Dupuytren et de Marandel professer hardiment ces doctrines radicales, qui ne suffiraient plus aujourd'hui, puisqu'il resterait une quantité considérable d'hydropisies qui ne pourraient rentrer dans ce cadre rétréci, quelle que fût du reste l'élasticité des explications qu'on voulût donner.

Le professeur Bouillaud, qui s'est encore astreint à cette division, fait rentrer dans le cadre des hydropisies actives celles où l'exhalation séreuse est augmentée et la résorption est la même, dans celui des hydropisies passives celles où l'absorption est diminuée, l'exhalation restant la même ; et forme un moyen genre, ou mixte, de celles où il y a augmentation d'exhalation et diminution d'absorption.

Une telle classification des hydropisies ne soutient pas même un examen sérieux, car rien ne peut prouver dans quelles limites se maintiennent ces deux propriétés fonctionnelles des séreuses dans un cas donné, exhalation et absorption : et fût-on même sûr de leur rapport mutuel, qu'on ne pourrait jamais, par exemple, appeler active une hydropisie survenant chez un anémique dont le sang appauvri en albumine contient un sérum plus fluide, qui filtre facilement à travers les parois des capillaires, et donne lieu à des épanchements séreux. De toute évi-

dence, ici l'exhalation est plus abondante et l'absorption peu modifiée : cette exhalation surabondante n'est point le résultat d'un surcroît d'activité organique, c'est tout bonnement l'effet d'une altération du sang qui rend ce liquide impropre à circuler dans ses vaisseaux en des conditions normales. Cette classification vicieuse ne répond ni aux besoins de l'époque ni à la multiplicité des mécanismes des hydropisies, et, dans tous les cas, ne saurait conduire qu'à de fausses inductions thérapeutiques.

Et voit-on où conduirait la définition du célèbre professeur, quand, d'après son système, on serait obligé de classer parmi les hydropisies mixtes un de ces rapides hydrothorax succédant à une pleurésie aiguë, où à coup sûr l'exhalation est suractivée dans un certain moment, tandis que la résorption reste nulle ou à peu près ? Car en se rendant compte de la manière dont se comporte le travail morbide en cette circonstance, d'après les données fournies par la microscopie, on voit qu'au moment où l'irritation a déterminé la congestion des capillaires, ce qui correspond à la première période de l'inflammation, alors que la douleur est plus intense, on voit, disons-nous, que les globules rouges, pressés vers les dernières radicules capillaires, ne peuvent pas s'échapper au dehors sans rompre les parois de ces radicules, tandis qu'alors commence à filtrer la portion la plus aqueuse du sang chargée de ses matériaux organiques, fibrine et albumine. Eh bien, nous demandons si dans ce moment, où les capillaires sont pleins et laissent transsuder la surabondance aqueuse, il est possible d'émettre qu'ils conservent la même propriété d'absorption ? Non : par la même raison qu'il y a transsudation activée par suite du trop-plein, la propriété résorbante doit être amoindrie tant que ce trop-plein qui lui forme un véritable obstacle dure. Cette proposition est, du reste, parfaitement établie par les expériences de M. Magendie que nous avons citées.

Ne serait-ce pas le contre-sens le plus formel que d'être obligé d'admettre, parmi les actives, une hydropisie que la constitution du sujet et le mécanisme qui préside à sa formation devraient faire classer dans l'ordre diamétralement opposé; tandis que l'hydropisie la plus active, d'après les mêmes données, rentrerait forcément dans la classe des mixtes ?

Il est vrai que M. Bouillaud prétend échapper à ce raisonne-

ment en établissant une distinction entre les hydropisies par irritation sécrétoire et celles par irritation inflammatoire. Mais quelles limites prétendra-t-il donner sur le vivant, au lit du malade, à l'inflammation? et se trouvera-t-il bien à même de préciser le point où l'irritation cesse et où l'inflammation commence? Nullement. Tout devient arbitraire alors, et il y a témérité à vouloir séparer deux choses qui se trouvent intimement liées entre elles, et dont l'une n'est qu'un premier degré de l'autre.

Les hydropisies passives, d'après les auteurs qui admettent encore ces divisions, se montrent sur des individus faibles, cachectiques, à mouvements lents, en un mot, chez qui l'exhalation séreuse semble la fonction prédominante. Cullen s'est efforcé de donner l'ensemble des attributs de ces sujets à hydropisies passives. Mais d'abord, combien d'hydropisies dont la cause est bien connue ne fait-on pas rentrer dans ce genre! Vouloir assigner à une maladie son caractère principal d'après l'état du sujet, c'est tomber dans une erreur grossière; et avons-nous besoin de rappeler que si l'état individuel, la constitution, impriment un caractère à une suffusion séreuse, c'est la cause morbide d'où elle découle immédiatement qui doit déterminer sa classification? De ce qu'un malade offre les attributs de l'état sanguin, de cet état qu'on dénommait encore naguère pléthore, s'ensuit-il qu'il ne puisse pas être pris d'une hydropisie passive, sans fièvre, survenant lentement? Ne voit-on pas tous les jours de ces sujets, dits pléthoriques, être atteints d'affections éminemment chroniques, et des hommes faibles, cachectiques, d'affections aiguës?

Est-ce que ces sujets exsangues, pâles, exténués par la misère ou les maladies, ont une tendance plus prononcée que tous les autres aux hydropisies? Il est vrai qu'ils se trouvent dans certaines conditions plus favorables; mais, en somme, il faut des circonstances décisives pour que l'hydropisie se déclare chez eux.

Les chlorotiques sont éminemment exsangues; cependant ils ne présentent pas plus d'hydropiques que les autres sujets, ainsi que l'a avancé M. Andral dans son *Essai d'hématologie*. Avec ces conditions de faiblesse, d'anémie, il faut encore quelque chose de plus spécial pour la perpétration des hydropisies.

Quoique la prédominance du sérum dans le sang de ces sujets semble être un premier pas vers cette perpétration, si toutes les

fonctions s'équilibrent, l'hydropisie n'aura pas lieu ; mais qu'un organe sécréteur important vienne à être malade, à ne plus fonctionner convenablement, et alors les épanchements séreux apparaîtront promptement ; que le sang surchargé de partie aqueuse vienne, par une cause quelconque, à perdre une partie de son albumine, ou à ne pas s'en assimiler la quantité nécessaire pour ses proportions de sérum, aussitôt celui-ci plus dilué filtrera à travers les parois des capillaires, et une hydropisie surgira.

En voilà beaucoup plus qu'il n'en faut pour démontrer toute l'insuffisance et le vice de cette division des hydropisies, en actives et passives, ou sthéniques et asthéniques, chaudes ou froides, etc., dénominations qui, pour avoir appartenu à des écoles diverses, n'ont pas moins tendu à la même classification. Cette division n'embrasse réellement pas tous les faits pour lesquels on l'a créée, comme nous venons de le prouver, et laisse en dehors des classes par trop importantes, telles que les hydropisies succédant à la maladie de Bright, et toutes celles découlant des diverses altérations du sang.

Une autre division capitale des hydropisies a régné et règne encore en très-grande partie avec une autorité que son importance seule a pu lui faire acquérir : c'est celle des hydropisies en idiopathiques et symptomatiques. Cette division remonte aux temps les plus reculés de la médecine, et se trouve maintenue dans les écrits les plus modernes sur la matière. C'est celle que Itard a adoptée dans son article Hydropisie du *Dictionnaire des sciences médicales*. Dans cette division, on place parmi les symptomatiques toutes les hydropisies dépendantes d'une lésion organique appréciable, et parmi les idiopathiques toutes celles dans lesquelles on ne trouve aucune altération organique. Cette division, parfaitement logique, mettait immédiatement sur la voie d'une thérapeutique rationnelle. A des époques déjà fort loin de nous, la classe des hydropisies idiopathiques dut être beaucoup plus riche qu'aujourd'hui ; mais à mesure que l'anatomie pathologique a été mieux étudiée, les lésions organiques mieux appréciées, son domaine s'est considérablement amoindri.

Diverses hydropisies, dont la cause était mal ou peu connue, telles que celles consécutives à la cachexie paludéenne, et que, dans un travail tout récent, nous avons classées parmi celles qui

dérivent d'une altération du sang, pourvu, que nous étions, de toutes les preuves irrécusables à l'appui (*Gazette des Hôpitaux*, 15 et 17 juillet 1851); toutes celles, enfin, déterminées primitivement par les altérations diverses de ce liquide durent prendre place parmi les idiopathiques, ou être rangées à tort parmi les symptomatiques d'altération organique. Les hydropisies avec albuminurie eurent aussi le même sort, et pourtant, de nos jours, toutes ces variétés rentrent de droit dans le cadre des hydropisies symptomatiques d'altération du sang ou d'altération du sang et d'organe.

Enfin, faut-il le dire? c'est à peine si maintenant on pourrait trouver à placer dans la classe idiopathique quelques rares suffusions séreuses, preuve évidente des progrès considérables que la science a faits sur cette branche de la pathologie. Nous devons mentionner une division reproduite encore dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, par Itard. Cette division partage les hydropisies en celles des cavités naturelles et celles des cavités accidentelles. Les premières comprennent les hydropisies des séreuses et celles des muqueuses, et chacune d'elles est subdivisée en aiguë et chronique; les secondes renferment toutes les hydropisies enkystées d'après les différents organes où elles siégent.

La division que nous venons de citer a pu avoir un mérite pour une époque déjà assez reculée. Aujourd'hui que les kystes séreux, hématiques, hydatiques, etc., forment toute une classe à part en dehors des hydropisies réelles, une pareille division ne saurait plus avoir aucune importance. Tout le monde sait le ridicule du partage des hydropisies des cavités naturelles en celles des séreuses et celles des muqueuses. Peut-il y avoir réellement hydropisie des muqueuses, et la disposition organique de ces membranes n'exclue-t-elle pas l'idée de ce que nous entendons par hydropisie? Il n'y a que des kystes greffés sur des muqueuses qui puissent représenter ces collections séreuses. Si, de nos jours, on donne encore improprement le nom d'hydropisie du col de la matrice à une quantité de liquide accumulé dans le col par l'exacte oblitération de son ouverture dans certains cas morbides, cela prouve qu'on n'est pas encore entièrement habitué à la rigueur du langage médical.

Copland a admis une division des hydropisies en primaires et

secondaires. Les premières sont celles que M. Rayer dénomme hydrophlegmasies, qui résultent de l'irritation, de l'inflammation des séreuses; les secondes sont consécutives aux maladies du foie, du cœur, des reins, etc. (1). Cette division, qui serait aussi simple que celle qui partage les hydropisies en idiopathiques et symptomatiques, en offre absolument les mêmes inconvénients. C'est, du reste, la même classification sous une dénomination différente. Cette division a été admise par Itard, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, avec une variante importante. Ainsi, d'après Itard, l'hydropisie primaire est l'hydropisie essentielle, aiguë, résultant d'une irritation des séreuses; la secondaire découle de l'inflammation de ces mêmes membranes. « L'hydropisie aiguë primitive ou essentielle, dit-il, et celle dite secondaire n'offrent entre elles de différence qu'entre l'intensité de la cause qui leur donne naissance. Dans la première, c'est un surcroît d'irritation morbide qui provoque le surcroît d'exhalation sans laisser de traces d'altération sur les membranes; dans la seconde, le stimulus, porté à un plus haut point, poussé jusqu'à l'inflammation, détermine le même effet en laissant des altérations sur les séreuses. » On le voit, Itard, tout en admettant des hydropisies primaires et secondaires, ne les considère pas sous le même point de vue que Copland.

Il faut définitivement arriver à Blackall pour trouver une division toute pratique des hydropisies. Cet auteur partage les suffusions séreuses en deux grandes classes uniques : celles à urines coagulables, et celles à urines non coagulables. Or, comme pour Blackall, ainsi que pour Bright et Rayer, les hydropisies à urines coagulables sont toujours le résultat d'une altération spéciale des reins, il s'ensuit que sa division établit tout de suite une ligne de démarcation importante pour la pratique, mais en même temps fort incomplète, puisqu'elle groupe sur un même plan, celui des hydropisies à urines non coagulables, des hydropisies très-disparates sous le rapport de la causalité.

Les auteurs du *Compendium* ont cherché à classer les hydropisies d'une manière beaucoup plus convenable que tout ce qui

(1) Copland, *A Dictionary of pratical medecine*, art. Dropsy. London, in-8.

avait été fait antérieurement. Ils ont cherché à les grouper d'après l'étiologie, marche évidemment préférable. Cependant leur division ne cesse pas d'être reprochable sous plusieurs points de vue; aussi nous nous y arrêterons un instant pour la discuter, et faire ressortir ce qu'il y a d'utile comme ce qu'elle renferme de vicieux.

Trois classes principales sont établies par eux : 1° la première renferme les hydropisies par altération des solides ; 2° la seconde, celles par altération du sang; 3° la troisième, enfin, celles qui ne peuvent entrer dans ces deux classes ou *incertæ sedis*.

Leur première classe se partage en cinq ordres différents : 1° hydropisies déterminées par une affection aiguë ou chronique de la membrane séreuse, siége de l'épanchement; 2° hydropisies par obstacle à la circulation veineuse. Ici, ils rangent non-seulement les collections séreuses déterminées par une oblitération veineuse, mais encore par toutes les affections qui gênent ou entravent la circulation pulmonaire, cardiaque ou hépatique; 3° hydropisies produites par une altération pathologique survenue dans la structure de la peau, telle que rougeole, scarlatine, etc.; 4° hydropisies supplémentaires produites par la suppression d'une sécrétion normale ou anormale; 5° hydropisies par répétition sympathique de l'irritation.

Avant de passer outre, examinons ces cinq subdivisions de leur première classe et voyons si elles méritent bien de subsister toutes, distinctes les unes des autres.

Les deux premiers ordres de cette première classe méritent en tout point d'être maintenus; mais le troisième, celui qui comprend les hydropisies produites par une altération pathologique de la peau, ne peut évidemment rester à la place que lui ont assignée ces auteurs et forme une surcharge. Pour maintenir ces hydropisies dans leur première classe, il leur aurait fallu prouver que la modification du tissu du derme est la cause immédiate des suffusions séreuses et la cause unique, ce qu'ils sont loin d'avoir démontré.

Qu'une hypertrophie du foie avec dégénérescence, du cœur, etc., propre à gêner la circulation, surgisse, l'aboutissant nécessaire de cette lésion, si elle persiste, sera l'hydropisie, à une

époque d'autant plus rapprochée que les entraves de la circulation seront plus considérables, on le comprend parfaitement. Que l'inflammation frappe une séreuse, il s'ensuivra nécessairement un épanchement dans la cavité formée par la membrane, si cet état morbide n'est arrêté dès son début. Cela est d'autant plus vrai que l'aboutissant de l'inflammation, dans ces cas, est l'exhalation d'un sérum plus ou moins chargé de fibrine, d'albumine, de matière colorante rouge, de globules pyoïdes, suivant les degrés auxquels elle est parvenue. Mais dans les altérations du tissu cutané, dans la rougeole et la scarlatine, par exemple, l'aboutissant de la maladie est-il l'hydropisie même sous-dermique? Non, à moins qu'on ne veuille décorer de ce nom une certaine turgescence de la peau due à l'engorgement momentané des capillaires qui la desservent. Dans les quatre-vingts centièmes de ces maladies, l'hydropisie n'en est pas la suite; c'est donc une aberration que de regarder les affections cutanées comme cause de la suffusion séreuse.

Si, dans quelques cas assez fréquents, mais non les plus communs, ces maladies donnent lieu à l'hydropisie, c'est que dans ces cas il se passe quelque chose d'irrégulier dans leur marche, quelque chose d'exceptionnel dans leur terminaison, quelque chose, par conséquent, qui n'est pas inhérent, intimement lié à l'affection elle-même. C'est quelque chose qui est en dehors de cette affection, mais dont celle-ci est le point de départ. Dans ces affections de la peau, l'hydropisie peut survenir et survient réellement de plusieurs manières, dont les unes sont expliquées par l'induction, et les autres prouvées par l'expérimentation. Ainsi l'inflammation spécifique de la peau, l'éruption, disparaissant plus ou moins subitement sans avoir parcouru son évolution, il y a répercussion morbide sur les séreuses qui peuvent être simplement congestionnées ou enflammées : de là, hydropisie. Ou bien l'affection cutanée se prolongeant plus ou moins dans son évolution, sévissant avec plus ou moins d'intensité, la peau perd sous son influence sa propriété sécrétante, et, la transpiration insensible ne s'effectuant que peu ou plus, le sang se trouve surchargé d'autant de sérum en plus; et alors les séreuses, comme tous les autres organes sécréteurs, peuvent, pour débarrasser le sang de cette surcharge, exhaler plus activement : de là encore,

hydropisie. Ou bien encore, et ce fait est établi par l'expérimentation, le rein peut, en sécrétant l'urine, laisser passer une quantité de l'albumine du sang ; la fuite prolongée de ce principe plastique rend le sérum plus dilué, plus fluide, et lui permet de filtrer, même sans autre puissance impulsive, à travers les parois des capillaires pour former des collections séreuses. Dans ces cas, l'infiltration séreuse est générale.

Enfin, une dernière manière dont les hydropisies peuvent être mises à jour dans ces cas, c'est que par les produits déposés sous l'épiderme à la suite de la scarlatine, de la rougeole, etc., l'albumine du sang est diminuée, et son sérum, plus fluidifié, transsude, comme dans la précédente explication, à travers les parois des capillaires. Sans contredit, c'est le plus souvent par plusieurs de ces effets combinés ensemble, ou produits simultanément, qu'ont lieu ces hydropisies ; mais dans aucun cas elles ne sont le produit direct de la maladie de la peau, comme le donnent à entendre les auteurs du *Compendium*, et, par conséquent, elles ne peuvent occuper la place qu'ils leur ont assignée.

Qu'est-ce maintenant que ce quatrième ordre d'hydropisies supplémentaires produites par la suppression d'une sécrétion normale ou anormale ? Est-ce ainsi qu'il convient de procéder de nos jours, quand on veut établir une classification juste et simple autant que possible ? Que nous apprend une pareille division sur la nature de la suffusion séreuse et sa thérapeutique ?

Un flux normal ou anormal est supprimé, nous dira-t-on, une hydropisie apparaît ; rétablissez ce flux, et vous ferez disparaître la suffusion séreuse. Voilà quel pourrait être le côté le plus pratique de cette division ; mais ce flux qui s'est supprimé est-il la cause immédiate de l'hydropisie ? Non, dans les cinq sixièmes des cas. La suppression du flux tient à des causes diverses et impossibles à préciser ; le flux se supprimant, l'hydropisie apparaît par différents mécanismes : ce n'est donc pas la suppression du flux qui est la cause initiale et capitale de l'hydropisie, mais bien la cause qui a supprimé le flux. La véritable thérapeutique consiste à s'attaquer à cette cause initiale pour rappeler le flux lui-même, et secondairement pour combattre l'hydropisie. Ces suffusions séreuses ne peuvent donc former un ordre à part ;

mais elles doivent rentrer, suivant les causes, dans celles par altérations des séreuses et par altérations du sang, car, en définitive, les causes qui suppriment le flux portent sur ces deux parties constituantes de l'organisme. Un flux normal ou anormal se supprime parce qu'une irritation, une inflammation s'est emparée d'une séreuse importante et y appelle une surabondance de sang dans les capillaires, surabondance qui suscite la collection de liquides dans sa cavité ; ou bien, par un trouble de fonctions, par une impression morale violente, etc., le flux normal ou anormal se supprime brusquement : alors les déperditions sanguines ou autres qui avaient lieu par ce flux et auxquelles l'organisme était habitué soit par nécessité, soit par équilibration fonctionnelle, se reportent sur la masse circulatoire, et les séreuses, congestionnées passivement par ce trop-plein de la circulation, laissent transsuder le sérum à travers les parois des capillaires.

Voilà à coup sûr les deux modes d'après lesquels se produisent les hydropisies, tantôt par l'un d'eux séparément, tantôt par les deux réunis.

Le cinquième ordre est complétement inutile au point où en est arrivée la science aujourd'hui. C'est compliquer inutilement une division que d'établir une telle subdivision qui rentre de rigueur dans les hydropisies par altération des séreuses, ou dans le domaine des idiopathiques des auteurs qui nous ont devancé. Qu'entend-on par hydropisies dues à la répétition sympathique de l'irritation ? Évidemment on comprend par là une hydropisie qui se produit dans un point du système séreux quand il y avait un autre point du même système malade, soit que la maladie se soit éclipsée entièrement dans celui-ci quand elle s'est portée sur le second, soit qu'elle ait continué à y subsister quoique plus faiblement ; ou bien on entend encore par là une hydropisie due à l'irritation d'une portion de séreuse, irritation provoquée par sympathie ou par la suppression de celle qui siégeait dans un autre organe.

D'après nos connaissances actuelles, on sait que, de tous les systèmes, le séreux est peut-être celui où l'irritation, l'inflammation semblent avoir le plus de facilité à s'étendre, à se déplacer. Eh bien, que le mal s'étende ou change de place dans

le même système, cela change-t-il quelque chose à la cause de l'hydropisie, à la manière dont elle se produit? Et de même, si un érysipèle surgit, et qu'à la suite de cet érysipèle survienne une pleurésie, l'hydrothorax n'aura-t-il pas également lieu par altération de la plèvre? Il nous semble donc ridicule de créer un ordre qu'on décore pompeusement du titre d'hydropisie par répétition de l'irritation, quand cet ordre rentre naturellement dans un autre qui est obligé.

Quant à la deuxième classe des auteurs du *Compendium*, celle qui comprend les hydropisies par altération du sang, nous l'admettons complétement; nous sommes même décidé à lui faire une bien plus large part, tant nos recherches nous ont mis à même de constater que beaucoup de suffusions séreuses, rapportées jusqu'à présent à des altérations de solides, ne dépendent, en réalité, que d'altération du sang, altération initiale ou consécutive à celles des solides.

Enfin, la troisième classe des auteurs du *Compendium* renferme les hydropisies qu'ils n'ont pu faire rentrer dans les précédentes, et elles sont nombreuses. Il s'agit de savoir si réellement ces hydropisies sont *incertæ sedis*. Pour plusieurs d'entre elles nous ne le croyons point.

Celles, par exemple, que les anciens attribuaient à une nourriture insuffisante, de mauvaise nature, et dont Broussais lui-même dit avoir rencontré de nombreux exemples en Andalousie, lors de l'occupation de l'armée française, à une époque où le froment était si cher et si rare, que les malheureux habitants du pays se nourrissaient de tourons de choux et de toutes sortes d'aliments infects, de légumes pourris. Ces hydropisies étaient comme endémiques, et Broussais remarque qu'il y avait là une modification scorbutique. De pareilles hydropisies résultent évidemment d'une altération du liquide sanguin et sont analogues à celles qui surviennent à la suite du scorbut.

Peut-on mettre dans cette classe aujourd'hui, comme le font encore ces auteurs, les hydropisies par intoxication paludéenne ou qui succèdent aux fièvres intermittentes avec ou sans engorgement de la rate?

Ne sait-on pas pertinemment que ces hydropisies, ainsi que nous le démontrerons plus tard, tiennent à une altération mani-

feste du sang, dont les engorgements des viscères abdominaux aident parfois la puissance d'action?

L'œdème des membres paralysés signalé par Willis, Plisson, Itard, et plus récemment par M. de Chamberet, peut-il être regardé comme une hydropisie *incertæ sedis?* Nous ne le pensons pas non plus, parce qu'il y a ici une cause matérielle, appréciable, qui préside.

Enfin, on ne peut pas non plus laisser dans cette classe les hydropisies consécutives au scorbut, à l'entérite chronique, à la dysentérie, à la débilitation résultant de maladies prolongées, d'hémorrhagies, de flux excessifs, etc. On voit trop bien ici une altération du sang consécutive à ces divers états morbides et amenant les suffusions séreuses.

D'après le court historique que nous avons fait des hydropisies, et d'après l'examen critique auquel nous venons de nous livrer touchant les diverses divisions successivement admises, on voit que la médecine, même à son berceau, eut des notions assez exactes sur la matière, et que, jusqu'à quelques années de nous, on n'avait que peu ajouté à ce que nous avaient légué les anciens médecins sur leur compte.

Il convient maintenant que nous exposions notre propre plan. Réduire les divisions à leur plus simple expression, pour ne pas embarrasser l'esprit; en établir qui embrassent ensemble toutes les hydropisies et permettent de les réunir méthodiquement par groupes bien tranchés, tel est le but que nous nous proposons: bien persuadé qu'une longue méditation et l'observation rigoureuse de faits nombreux et variés nous permettront de remplir cette tâche extrêmement difficile.

Nous allons d'abord nous occuper des hydropisies en général, abstraction faite de leur siége. Cet ordre nous permettra de poser nos divisions une fois pour toutes sous le rapport de l'étiologie; ces divisions deviendront applicables ensuite aux diverses hydropisies dont nous aurons à nous occuper successivement d'après leur siége.

Ainsi, étude des hydropisies en général, puis distribution des hydropisies en particulier suivant les localisations des collections séreuses. Chacune d'elles sera traitée aussi complétement que possible au point de vue pratique du moins. Enfin, dans un ar-

ticle à part et formant appendice à notre œuvre, nous traiterons des kystes, quelle que soit leur nature, comme étant assez rapprochés des hydropisies pour leur faire suite, et assez distincts de toutes les autres altérations morbides pour en être séparés.

Art. 3. — Division des hydropisies en général.

La critique à laquelle nous nous sommes livré au sujet des différentes divisions émises à toutes les époques sur les hydropisies n'aurait été qu'un passe-temps d'écrivain de plus ou moins mauvais goût, si nous ne nous étions cru fondé à établir une classification mieux justifiée et en harmonie avec les besoins actuels de la science.

Presque toutes ces divisions avaient eu le défaut d'être fondées sur la symptomatologie, sur la phénoménalité apparente; de là la source de nombreuses erreurs. Les auteurs du *Compendium* seuls avaient bien compris que, les hydropisies n'étant que des effets d'autres maladies primordiales, des épiphénomènes, leur division d'après leur origine morbide était bien plus logique et plus salutaire pour la pratique. C'est cette voie que nous suivrons nous-même. Comme les auteurs du *Compendium*, nous partageons les hydropisies en général en trois grandes classes; mais nous différerons grandement avec eux, ainsi qu'on pourra s'en convaincre.

Première Classe. — Hydropisies par altérations des solides. Deux ordres seulement se partagent cette classe. Le premier comprend toutes les hydropisies par altérations des membranes séreuses. Le second, celles résultant d'altérations des solides en dehors des séreuses, et qui sont susceptibles de donner naissance aux collections séreuses par leur existence plus ou moins prolongée.

Deuxième Classe. — Hydropisies par altérations du sang, prévues par les anciens, oubliées à une certaine époque où prévalut le solidisme exagéré, bien mieux étudiées et mieux connues de nos jours.

Troisième Classe. — Hydropisies mixtes ou provenant simultanément d'une altération des solides et du sang, quelle que soit la première de ces deux altérations qui ait débuté. Dans cette

classe rentrent aussi les hydropisies où l'influence nerveuse semble avoir été le premier point de départ, mais où elle a été bientôt suivie d'une altération des solides ou du sang pour que la suffusion séreuse ait pu s'effectuer.

Ire CLASSE. — Ier ORDRE.

HYDROPISIES PAR ALTÉRATIONS DES MEMBRANES SÉREUSES.

Parmi les maladies qui peuvent affecter les membranes séreuses, les unes sont aiguës ou subaiguës et les autres chroniques. Les unes offrent un mécanisme facilement saisissable pour la production des hydropisies : telles sont l'irritation, l'inflammation aiguë, subaiguë ou chronique ; les autres diffèrent beaucoup de celles-ci, pouvant en être accompagnées ou leur donner naissance ; elles offrent, en tout cas, un mécanisme bien moins appréciable pour le développement de l'hydropisie, et sont toujours chroniques évidemment. Exemple : le tubercule, le cancer et les diverses dégénérescences de quelque nature qu'elles soient.

Toute lésion morbide qui frappe le tissu des séreuses modifie nécessairement les fonctions de ces membranes ; de la modification des fonctions peut s'ensuivre facilement un épanchement dans leur cavité.

§ Ier. — Hydropisies par altérations aiguës des séreuses.

Examinons d'abord les rôles que l'irritation et l'inflammation, tant aiguës que chroniques, jouent par rapport à l'hydropisie ; nous expliquerons après comment l'irritation rentre dans les altérations des séreuses.

Est-il possible de déterminer le point où commence et où finit l'inflammation, et de pouvoir établir une ligne de démarcation bien franche entre ce qu'on entendait dans l'école de Breschet, Dupuytren, Marandel, par irritation sécrétoire et irritation inflammatoire? Sous le point de vue de l'anatomie pathologique, cette ligne de démarcation est plus facile à établir ; cependant, hâtons-nous de dire qu'il sera toujours assez aisé de confondre ces deux états. Mais, sous le simple point de vue pathologique,

nous croyons que la délimitation exacte de ces deux états morbides est encore impossible, malgré les découvertes dont nous a dotés l'hématologie. Nous n'ignorons point que ce signe, l'augmentation de la fibrine du sang dans l'inflammation, est d'une grande importance pour aider à séparer celle-ci de l'irritation; cependant nous croyons fermement que, joint même à tous ceux qu'on possédait, il est loin d'être suffisant en tout cas. En effet, dans l'inflammation subaiguë, l'augmentation de la fibrine du sang devient déjà peu appréciable; elle devient presque tout à fait nulle dans l'inflammation chronique : d'où nous concluons qu'il est encore impossible de séparer l'inflammation, dans ses degrés les plus inférieurs, de l'irritation, même avec les données les plus récentes des recherches chimiques sur le sang.

Voyons donc, maintenant, ce que c'est que l'irritation sécrétoire, ses points de contact avec l'irritation inflammatoire. La microscopie a jeté ici quelques lumières qui ne sont pas inutiles. Qu'un stimulus agisse sur un point de séreuse, qu'en résulte-t-il? Aussitôt il se produit vers les capillaires du point irrité une accélération de la circulation. Cette accélération a été observée par tous ceux qui se sont occupés de ces expériences. A cette accélération succède un ralentissement; puis vient une nouvelle accélération suivie d'un nouveau ralentissement, et ainsi de suite : ce qui constitue un vrai mouvement de va-et-vient, comme le dit M. Dubois (d'Amiens), mouvement qui est isochrone à la systole et à la diastolle artériele. Ces mouvements, ces ondulations s'affaiblissent progressivement ensuite, jusqu'à ce que survienne, dans l'extrémité des radicules capillaires, une suspension complète; d'où la stagnation du sang avec réplétion, outre mesure, des capillaires par ce liquide. Dans ces diverses oscillations des mouvements du sang et dans sa stagnation, il est arrivé que les radicules les plus ténues, à demi-vides dans l'état normal, se sont tout à coup trouvées remplies, distendues par les globules du sang, et voici pourquoi :

Les globules du sang, ainsi que le fait remarquer M. Lebert, ont un diamètre plus grand que celui des dernières radicules des capillaires; quand la circulation s'accélère sous l'influence d'un stimulus, les globules sont poussés avec force dans leurs

portions ultimes. Les globules ainsi poussés pressent sur les parois des radicules qu'ils distendent. Comme celles-ci sont trop petites pour les contenir, il en résulte que les globules se déforment en se pressant. Dans ce moment et par cette force de pression dans les radicules, la partie la plus fluide du sang, le sérum, transsude, s'extravase à travers les parois des vaisseaux, entraînant avec lui une partie des matériaux solides qui entrent dans sa composition intime, et est parfois coloré en rouge par une portion de la globuline séparée par la pression des globules entre eux et leur déformation. Voilà en partie la manière dont l'irritation dite sécrétoire concourt à la formation des hydropisies. Mais ce n'est pas tout. Par la même raison que les globules tassés, distendant les parois des capillaires, forcent le sérum à transsuder, ils enlèvent aux bouches inhalantes de ces mêmes capillaires distendus une partie de leur propriété absorbante et les jettent dans l'inertie. D'une part, augmentation de la sécrétion, d'autre part, diminution de l'absorption, tels sont les deux effets de l'irritation sur les séreuses.

Si la cause irritante continue à agir et appelle avec une force toujours nouvelle le sang vers les extrémités des capillaires, les globules, à force de se presser dans les dernières radicules, peuvent rompre leurs parois et s'échapper en foule; de là, l'hydropisie hémorrhagique. Que si la congestion et la cause qui lui donne naissance se tiennent dans des limites moyennes, le sérum seul peut transsuder et l'épanchement sera purement séreux, contenant plus ou moins d'albumine en suspension dans le liquide. Cette irritation sécrétoire n'est pas encore l'irritation inflammatoire, mais elle en forme le prélude, un premier chaînon : ce qui ne signifie pas que toute irritation passe à l'inflammation, car le travail peut s'arrêter, se suspendre, etc.; mais ce qui veut dire que toute inflammation a débuté par l'irritation.

Si l'irritation, de sécrétoire qu'elle était, passe à l'état inflammatoire caractérisé, les produits épanchés varient, comme le sang lui-même éprouve une métamorphose. Le liquide épanché, séreux et contenant de l'albumine en plus ou moins grande quantité en suspension dans l'irritation sécrétoire, se charge, dans l'inflammatoire, de matériaux plastiques (fibrine), de globules

pyoïdes, de globules de pus. Mais si les caractères de ces produits peuvent différencier ces deux états, quand l'inflammation est portée à un degré d'activité assez avancé, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit de même quand il s'agit d'inflammation chronique, latente. Alors les produits excrétés peuvent être identiquement les mêmes dans l'irritation et dans l'inflammation, c'est-à-dire formés par du sérum avec de l'albumine en plus ou moins grande proportion, tandis que les phénomènes morbides externes seront également impuissants à les faire distinguer l'une de l'autre.

Nous venons de voir que le mécanisme de la formation des hydropisies est exactement le même dans l'inflammation que dans l'irritation. Nous venons de voir que le liquide épanché, différent quand l'inflammation jouit d'une certaine activité, peut être le même que dans l'irritation, quand l'inflammation est tout à fait chronique. Reste à examiner maintenant si les altérations que ces deux modes morbides impriment aux séreuses peuvent toujours être parfaitement séparées ; et si la modification, quoique fugace et passagère, imprimée par l'irritation à ces membranes, ne mérite pas de faire classer les hydropisies qui en découlent parmi celles par altérations des séreuses, tout aussi bien que celles qui découlent de l'inflammation chronique.

On a soutenu jusque aujourd'hui que dans l'irritation sécrétoire il n'y a que dérangement de fonctions sans altération de tissu ; tandis que dans l'inflammation il y a altération de tissu. Ces deux propositions nous semblent vraies et fausses chacune à leur tour, suivant le point de vue d'où on les considère. Qu'entend-on par altération de texture ? Dira-t-on qu'il y a altération de texture quand une membrane habituellement pâle, rosée sur le cadavre, présentera une arborisation plus ou moins étendue, résultant de la plénitude anormale des capillaires par le sang ? Évidemment oui, puisque c'est là un des premiers degrés que l'école physiologique a assignés à l'inflammation. Si la membrane épaissie, boursouflée, est rougie par suite de la transsudation et de l'extravasation, dans son tissu, d'une partie du sang (sérum et globuline), ou bien par cet effet et par l'arborisation, on dira qu'il y a inflammation. A plus forte raison enfin, celle-ci donnera encore des preuves plus manifestes de sa présence, si des produits plas-

tiques, pseudo-membraneux, et du pus apparaissent ; l'altération membraneuse sera alors encore plus évidente. Le premier degré d'altération que nous avons posé, quoi qu'on dise et qu'on veuille soutenir, n'est pas encore le produit de l'inflammation, il est le résultat de la congestion, de l'irritation sécrétoire ; car il n'y a là encore aucun produit propre déposé sur le tissu membraneux, il n'y a que congestion, et cependant tous les anatomo-pathologistes s'accordent avec raison à admettre ce premier degré d'altération de texture. Donc l'irritation peut laisser et laisse souvent après elle une altération de tissu qui, à la vérité, lui est commune avec celle que laisserait, peu après son début, une inflammation de moyenne intensité. Voilà comment il est vrai que les deux propositions énoncées plus haut sont vraies et fausses chacune, suivant le point de vue d'où on les considère. Ainsi l'irritation laisse à sa suite une altération de texture quand elle est suivie de l'arborisation dont nous avons parlé ; elle n'en laisse pas quand, dissipée en totalité ou en grande partie avant la mort, aucune arborisation n'existe. De même, les premiers échelons d'une inflammation tout à fait chronique peuvent ne laisser aucune trace morbide, pas même une arborisation pure et simple, s'ils ont été de courte durée. Si l'arborisation est une altération de tissu, et personne ne peut le contester puisque celui-ci est modifié, l'arborisation n'étant logiquement que le produit d'une congestion, quand elle n'est accompagnée de rien de plus, évidemment l'irritation sécrétoire produit des hydropisies qui doivent être comprises dans celles par altérations des membranes séreuses, et non dans une classe à part dite essentielle ; et cela avec d'autant plus de raison que, le mécanisme de ces hydropisies étant le même que dans celles par inflammation des séreuses, le traitement dans les unes et dans les autres est presque identique, sauf à varier par le degré d'énergie.

Si les preuves que nous venons de donner pour la réunion, dans la même classification, des hydropisies résultant de l'irritation et de l'inflammation n'étaient pas suffisantes, nous achèverions de convaincre en disant, que fréquemment il arrive que tel épanchement commencé sous le premier mode morbide, l'irritation, se continue sous le second, l'inflammation, soit par extension en activité et en durée de la part de la cause qui agit,

soit par participation plus active de la part de l'organisme dont les propriétés se modifient d'un instant à l'autre, soit par ces deux causes réunies. Il y aurait donc danger à séparer deux choses qui, dans l'ordre pathologique, se suivent naturellement et se transforment si facilement l'une en l'autre; et nous pensons que les réunir c'est servir fructueusement la pratique, puisque c'est lui éviter le vague dans lequel la jetaient ces hydropisies essentielles, qu'il fallait rapporter ensuite soit à une irritation sécrétoire, soit à des causes qu'on ne pouvait bien définir.

Tout ceci étant bien établi, il reste à étudier ce que ces deux états si près l'un de l'autre, si enclins à se traduire l'un dans l'autre, l'irritation sécrétoire et l'irritation inflammatoire, empruntent aux dispositions individuelles comme à l'activité des causes dont ils émanent, double condition qui doit leur imprimer une physionomie diverse sous le rapport de l'hydropisie qui leur succède. Une cause irritante frappe-t-elle les séreuses d'un sujet exsangue, anémié, à constitution détériorée, et cette cause est-elle de moyenne intensité, il en résultera évidemment sur le point irrité une congestion peu forte. Il devrait donc y avoir chez ce sujet une transsudation peu abondante du sérum, si nous ne tenions compte que de la puissance du stimulus et du degré de congestion, double motif pour lequel les phénomènes de réaction sont faibles et peu appréciables. Mais ici prédomine une condition importante, une disposition primordiale dénommée par les anciens cachexie hydropique, c'est-à-dire une disposition du sang où les globules rouges sont tombés au-dessous de leur moyenne normale, et où la partie aqueuse est en excès plus ou moins considérable. Par suite de cette disposition, la congestion des capillaires est effectuée en grande partie par la portion aqueuse du sang; cette portion aqueuse aura d'autant plus de facilité à transsuder, et la collection séreuse sera d'autant plus rapide. Si, par hypothèse, on admet que les parois des capillaires, altérées elles-mêmes par suite de ces dispositions morbides, sont devenues plus perméables au liquide, on aura cependant, avec des conditions de faiblesse de la part du sujet et de la cause irritante, une hydropisie à perpétration rapide. Que si sur le même sujet la cause agit avec plus d'énergie, la congestion étant plus forte et cependant dans les mêmes conditions

que précédemment pour le sang, la suffusion séreuse s'effectuera avec plus de rapidité encore, et les phénomènes de réaction deviendront plus appréciables. Mais si, dans ces mêmes conditions d'autres phénomènes surgissent, si l'inflammation avec toutes ses conséquences se développe, les phénomènes de réaction, tout en étant inférieurs à ce qu'ils seraient chez un sujet d'une constitution plus forte, deviendront cependant bien plus prononcés que dans la simple congestion par irritation.

Si par antithèse nous passons à un sujet robuste et vigoureux, nous verrons, dans les mêmes circonstances, des effets bien différents ; ici un stimulus d'intensité égale à celui du sujet précédent donnera lieu à des phénomènes de réaction bien autrement prononcés. La congestion, quoique plus active sous l'impulsion de la même cause, donnera lieu au même effet, un épanchement séreux, mais qui s'effectuera en moins grande abondance à cause des dispositions contraires du sang plus riche en globules rouges et moins chargé d'eau. Rendez chez ce même sujet la cause irritante plus active, la congestion sera plus forte; les globules, plus tassés dans les capillaires, pourront rompre leurs parois, et l'épanchement consécutif sera séro-hématique. Continuons à aller par gradation et supposons que l'irritation, un instant sécrétoire, devienne inflammatoire : alors phénomènes de réaction bien plus intenses et en rapport avec la vigueur du sujet, d'une part, et l'activité du stimulus, de l'autre; alors aussi nouvelle physionomie de la part de la collection liquide. Cette collection ne consistera plus en sérum plus ou moins hématique, mais en un sérum contenant des matériaux plastiques en grande proportion, facilement coagulables, propres à établir des adhérences, et qui par ce motif donnent des chances de moindre durée à l'épanchement. A ces matériaux peuvent se joindre aussi, dans ce même degré, des globules pyoïdes et purulents.

Toutes ces démonstrations, plus pratiques que théoriques, nous conduisent à formuler qu'en fait d'hydropisie il n'est pas facile de distinguer si elle provient d'une irritation sécrétoire ou d'une phlegmasie chronique, latente, des séreuses; que, dans tous les cas, l'irritation sécrétoire et la phlegmasie chronique donnent lieu bien plus promptement à l'hydropisie, et que celle-ci sera toujours beaucoup plus considérable et plus difficilement curable

que celle succédant à la phlegmasie aiguë. Donc, en thèse générale, hydropisies moins abondantes, plus facilement curables, dans les inflammations aiguës des séreuses ; dans les inflammations chroniques et irritations, hydropisies plus abondantes et plus difficiles à dissiper. Ces différences des collections séreuses tiennent, en ces circonstances, non-seulement à la différence des lésions de texture de la séreuse, mais encore aux modifications que subit le sang par le travail phlegmasique. Dans l'hydropisie succédant à la phlegmasie aiguë, il y a un moment, pendant le travail inflammatoire, où la séreuse devient plus sèche par suite de la suppression de son exhalation normale ; puis cette exhalation viciée augmente considérablement et laisse accumuler, dans le sein de la cavité, une collection dont nous avons dépeint la nature, et qui, par les principes qu'elle renferme, tend facilement à se condenser. Les flocons albumineux, les filaments plastiques lui servent de noyau pour s'organiser ensuite, à mesure que la portion la plus liquide est reprise par l'absorption : c'est ce qui fait que cette hydropisie est celle qui disparaît avec le plus de rapidité.

Les hydropisies par les altérations des séreuses, dont nous venons de nous occuper, renferment une très-grande partie de celles qu'on a dénommées tour à tour chaudes, fébriles, sthéniques, pléthoriques, actives, etc.; et ce premier aperçu nous suffit pour faire comprendre qu'il n'y a que les causes d'où elles découlent, jointes à la constitution individuelle, qui puissent leur imprimer ces caractères si diversement compris et interprétés jusqu'à présent. Pour nous, et pour la meilleure direction de la pratique, il n'y a plus d'hydropisies sthéniques ou asthéniques, actives ou passives, etc.

Nous avons encore une question à élucider au sujet de ces hydropisies : faut-il attacher une importance réelle à certain caractère spécial que présente l'inflammation qui leur donne naissance ? En un mot, une inflammation des séreuses qui relève d'un principe spécial, ou, pour parler le langage de quelques médecins plus rigoristes, qui marche en commun avec un principe morbide spécial, le rhumatisme, par exemple, une pareille inflammation, disons-nous, imprime-t-elle à la collection séreuse qui lui succède quelque chose de spécial et dont on doive tenir compte ? Évidemment, quant au liquide épanché, il n'y a aucun compte à en

tenir; mais quant à l'altération de la séreuse, la thérapeutique devra en faire son profit pour arriver à la combattre fructueusement. Une hydrarthose peut être le résultat d'une arthrite pure et simple. Elle peut l'être également de l'arthrite compliquée du principe rhumatique ou, autrement dit, du rhumatisme articulaire. Dans ce dernier cas la thérapeutique devra en tenir compte, car ses moyens curatifs pourront avoir à varier pour dissiper l'altération de la synoviale et consécutivement le liquide épanché.

Les auteurs du *Compendium* ont établi au sujet des inflammations des séreuses, comme causes d'hydropisies, une distinction qui est plus subtile que pratique. Ils ont distingué les inflammations en primitives et consécutives. Nous avons démontré que l'hydropisie est le résultat de l'irritation sécrétoire ou de l'irritation inflammatoire. Qu'importe alors que cette dernière ait débuté par la séreuse, ou qu'ayant débuté par un autre organe, le poumon, par exemple, elle se soit étendue ensuite à la séreuse de la plèvre? Faudra-t-il moins pour cela attaquer l'altération de la membrane pour dissiper l'hydropisie? non. Et quand l'inflammation résulterait encore d'une autre altération organique plus ou moins éloignée, cela changerait-il la thérapeutique fondamentale à établir? non. Cette distinction est donc superflue. Il appartient aux bons esprits, en médecine, de tenir compte de toutes ces circonstances au lit du malade pour savoir en faire la part; mais de là à établir une distinction positive il y a tout un abîme. En considérant les hydropisies en général au point de vue que nous avons annoncé, il ne nous est pas permis d'entrer dans des détails au sujet de la symptomatologie et du traitement de chacune des classes, puisque, quand nous aurons à nous occuper de chaque hydropisie en particulier sous le rapport du siége, nous aurons à traiter en règle ces questions, qui seront alors mieux de saison. Nous n'aurons donc ici qu'à dire un mot, à effleurer ces deux points; mais pour ce qui regarde l'anatomie pathologique, c'est différent. L'anatomie pathologique se rattache et au liquide épanché, question qui doit être vidée ici une fois pour toutes, et aux lésions organiques qui donnent lieu aux suffusions séreuses, et il en sera parlé à chaque genre d'hydropisies.

1° Composition du liquide des hydropisies.

Le liquide qui, dans les hydropisies par irritation sécrétoire et quelquefois par phlegmasie chronique, est clair, limpide ou citrin, peut dans les hydropisies par inflammation, être trouble, lactescent, plus ou moins foncé en couleur, hématique ou verdâtre, bilieux, et contenir en suspension une quantité plus ou moins grande de flocons albumineux. Il est quelquefois purulent ou séro-purulent, suivant que les globules purulents et pyoïdes y entrent en plus ou moins grande proportion. Si, dans l'irritation sécrétoire ou congestion active, le liquide est ordinairement limpide, citrin, simulant le sérum du sang, il peut également être coloré en rouge par la présence d'une quantité de globules rouges du sang, ou par la fuite, à travers les capillaires, d'une portion de la matière colorante provenant des globules déformés dans l'intérieur de ces vaisseaux.

Quand le liquide est citrin, pour être ressemblant au sérum du sang, il diffère cependant avec lui sous le rapport de la composition. En effet, celui-ci contient toujours en suspension une bien plus grande proportion d'albumine. M. Andral, dans une note communiquée aux auteurs du *Compendium*, dit qu'en quelque lieu qu'on recueille le liquide épanché on trouve toujours les sérosités composées d'eau, d'albumine associée à quelques matières organiques, d'un alcali libre et de sels; l'eau et l'albumine, d'après M. Andral, peuvent subir des variations remarquables dans leur quantité relative. C'est ainsi que cet auteur a vu, sur mille parties de sérum, l'eau varier de 906 à 986 et l'albumine osciller entre 4 et 76. Puis il ajoute que son observation lui permet d'établir que la proportion d'eau des sérosités augmente et celle de leur albumine diminue, en raison directe de l'affaiblissement des malades et de l'appauvrissement du sang (1). Cette remarque a été faite personnellement par nous, et nous pouvons citer un malade affecté depuis longtemps d'anasarque à la suite de la maladie de Bright, dans le sérum duquel, après une ponction faite pour vider la collection péritonéale, il nous

(1) *Compend. de médecine*, t. IV, p. 622.

fut impossible de trouver la trace d'un atome d'albumine, n'importe par quel moyen d'analyse employé (1).

M. Andral, qui a donné ses maxima et minima d'albumine dans les liquides des hydropisies, ajoute qu'il n'a jamais vu, dans ses analyses du sérum du sang faites au milieu des conditions les plus variées de l'économie, l'albumine descendre au-dessous du chiffre 55; d'où il conclut avec raison que, dans la formation des hydropisies, le sérum ne se sépare pas de la masse sanguine, tel qu'il existait dans celle-ci, mais que le sang perd relativement plus d'eau que d'albumine.

Ici nos remarques sont encore d'accord avec celles du célèbre professeur. Sur trente-deux analyses complètes de sang, faites dans divers cas pathologiques, nous avons trouvé pour maximum de l'albumine 103, et pour mininum 44; tandis que dans sept analyses de liquide provenant d'hydropisies par obstacle à la circulation et par maladie de Bright, le maximum de l'albumine a été 64, et le minimum 0. Il est vrai que ces dernières analyses portent sur des hydropisies, où rationnellement l'albumine diminue d'une manière plus ou moins considérable dans le sang, surtout dans les dernières; et c'est dans celles-ci que les proportions ont été moindres. M. Marcet, qui s'est occupé d'une manière spéciale de l'analyse du liquide des hydropisies, y trouve une matière animale, muco-extractive, soluble dans l'eau, incoagulable par la chaleur, et l'albumine en prédominance. Nous reproduisons son tableau, dans lequel il indique les proportions de matières animales et salines.

	Pesant.	Parties solides grasses.	Matières animales.	Matières salines.
Sérosité de l'hydrorachis.	1064	14,4	2,2	9,2
Hydrocéphale.....	1006,7	9,2	1,12	8,8
Ascite.....	1015	33,5	25,1	8,4
Hydrothorax.....	1012,1	26,6	18,8	7,8
Hydropéricarde.....	1014,3	33	25,5	8,5
Hydrocèle.....	1026,3	80	71,5	8,5
Sérum du sang.....	1029,5	100	90,8	9,2

On voit, d'après ce tableau, que les matières salines sont moins

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1849.

sujettes à varier que l'albumine. Le minimum trouvé par M. Marcet se rapproche de notre minimum pour l'albumine, puisqu'il est de 1,12 dans un cas d'hydrocéphale. Les matières animales sont formées d'hydrochlorate de soude et de potasse, de sulfate de potasse, de soude, et de phosphate de chaux, de fer et de magnésie.

Le tableau donné par M. Marcet est sans doute d'un grand intérêt; mais le pathologiste n'y gagne pas grand'chose, puisque ce tableau n'indique pas de quelles affections découlaient ces hydropisies, et que c'est principalement la nature morbide de la cause qui imprime les différences aux quantités d'albumine contenues dans le liquide.

De toute évidence, le liquide trouvé dans l'hydrothorax et l'ascite, consécutifs à une pleurésie, à une péritonite, renfermera une bien plus grande proportion d'albumine, que celui des mêmes hydropisies consécutives à un obstacle de la circulation, surtout à la maladie de Bright.

En définitive, le liquide des hydropisies diffère du sérum du sang sous le rapport des quantités de matériaux organiques.

Mais outre ces divers matériaux, le liquide peut contenir, comme nous le disions plus haut, de la fibrine, des globules de pus, des globules pyoïdes et quelquefois des granules, ce qui constitue les épanchements purulents ou composés de sérum dans lequel ces derniers principes existent en quantité plus ou moins grande; enfin, avec ces divers éléments peuvent se trouver réunies des cellules épithéliales provenant de débris ou altérations membraneuses.

C'est dans les phlegmasies aiguës et chroniques des séreuses qu'on trouve des épanchements contenant ces divers éléments; et, à cet égard, ces collections devraient être séparées des hydropisies proprement dites, si, dans le cours de la maladie, on pouvait en reconnaître pertinemment la nature.

M. Andral fait jouer à la quantité plus ou moins grande de fibrine, dans les liquides des hydropisies, un rôle important. C'est ainsi que, d'après cet auteur, ce principe, trouvé dans le liquide, serait le moyen de distinguer une hydropisie par inflammation, quand même tous les signes propres à cet état morbide auraient manqué sur le malade.

Nous devons dire que cette proposition, en apparence un peu rigoureuse, est cependant le corollaire exact de ce que les recherches hématologiques nous ont appris : pas de fibrine dans les produits morbides sans inflammation, pas d'inflammation sans trace de fibrine dans les produits.

2° Anatomie pathologique des séreuses.

Après avoir donné, à l'occasion des hydropisies par altérations aiguës des séreuses, l'anatomie pathologique du liquide des hydropisies de toutes les classes en général, nous devons revenir à l'anatomie pathologique des séreuses en particulier.

Cette anatomie pathologique présente des faits appartenant à deux ordres de choses bien différentes. Dans le premier, on voit les altérations qu'a subies la séreuse par le travail morbide qui a affecté cette membrane et qui a donné lieu à l'hydropisie ; dans le second, se rangent les altérations qu'a subies la membrane par suite du séjour plus ou moins prolongé de la collection liquide dans sa cavité, ou par suite des métamorphoses auxquelles cette collection est soumise.

Les altérations que subissent les séreuses, dans le premier ordre, sont les mêmes que celles qui affectent les autres membranes en général, à la suite de l'irritation congestive ou active et des inflammations aiguës ou chroniques. Il nous suffit de les énumérer.

Rougeurs diverses dues à l'arborisation, aux différents piquetés ou pointillés, trois phénomènes qui résultent de la réplétion des dernières radicules capillaires par les globules rouges du sang ; rougeur uniforme ou plus prononcée par plaques à la surface de la membrane, avec intumescence de celle-ci, effet dû à l'extravasation, dans le tissu membraneux, d'une quantité de sérum, chargé de matériaux organiques et mêlé à une quantité plus ou moins grande de globules rouges ; l'hypertrophie du tissu avec ramollissement ou induration : telles sont les premières altérations membraneuses fondamentales. Viennent ensuite les produits plastiques ou fibrino-albumineux, déposés à la surface des séreuses, sous forme de plaques pseudo-membraneuses, de filaments, de flocons ou de couches plus ou moins épaisses, ayant

une consistance plus ou moins grande, depuis la gélatine la plus déliée jusqu'aux tissus fibreux ou fibro-cartilagineux, suivant la vétusté du travail morbide. Inutile de dire qu'à ces produits ainsi adhérents aux surfaces membraneuses et infiltrés dans les mailles, les aréoles du tissu, peuvent être mêlés des globules pyoïdes et purulents, des granules et des lambeaux de cellules épithéliales. Du reste, ces produits déposés à la surface des séreuses peuvent offrir, conjointement avec les épanchements dont leurs cavités sont le siége, une très-grande variété, quant à la composition moléculaire et aux formes, suivant le temps qui s'est écoulé entre l'invasion de la phlegmasie et l'ouverture cadavérique. Pour nous résumer, nous dirons que ces altérations sont absolument les mêmes que toutes celles qu'on est susceptible de rencontrer dans les diverses inflammations et dans les congestions actives ou irritations.

Le deuxième ordre d'altérations membraneuses, ou résultant des modifications que le liquide épanché imprime aux séreuses avec lesquelles il est en contact depuis un temps plus ou moins long, se rencontre dans toutes les hydropisies anciennes, quelle que soit leur nature. Ces altérations consistent en une décoloration du tissu qui affecte une paleur ou blancheur d'autant plus prononcée, que l'épanchement est uniquement séreux et plus ancien; et son ramollissement, sa flaccidité, par suite de sa macération prolongée à travers le liquide, qui, par cette infiltration toute mécanique, l'engorge également et lui donne une épaisseur plus prononcée qu'à l'état normal.

Symptomatologie. — Ce n'est que par une énumération rapide que nous devons présenter la symptomatologie des hydropisies dont il est ici question; car, sans cela, nous nous exposerions à des redites sans fin, devant fournir la symptomatologie détaillée dans chaque hydropisie en particulier.

Les symptômes découlent de deux sources : les uns sont généraux, les autres locaux. Les symptômes locaux dépendent de l'irritation ou de l'inflammation des séreuses, et, en second lieu, de la collection liquide effectuée dans leur sein. Trouble de l'innervation dans la séreuse affectée, trouble dans ses fonctions, voilà pour ce qui concerne la cause morbide. Distension de la cavité séreuse par l'accumulation du liquide épanché, gêne se-

condaire que cette accumulation elle-même imprime aux fonctions de la membrane et à celles des organes plus ou moins voisins, par la compression plus ou moins médiate qu'elle exerce sur eux, tels sont les phénomènes auxquels donne lieu la collection, et que l'on retrouve, du reste, dans toute hydropisie.

Les symptômes généraux ne sont autres que les phénomènes de réaction qui résultent des troubles de la circulation et de l'innervation générales, phénomènes d'autant plus saillants et prononcés, que l'irritation ou l'inflammation est plus intense et le sujet plus vigoureux. Ainsi, telle hydropisie s'accompagne d'un pouls fréquent et dur, d'une peau chaude et sèche avec soif, coloration de la face, etc., parce qu'elle est due à une congestion active, à une inflammation aiguë ou chronique chez un sujet pléthorique, qui s'annoncerait par des phénomènes inverses ou différents, si elle était due à une autre cause chez le même individu, et à plus forte raison chez un sujet faible. On peut donc dire, en thèse générale, que pour cette espèce d'hydropisie les phénomènes généraux sont ceux d'une réaction d'autant plus vive et prononcée, que les individus sont plus vigoureux et irritables.

Traitement. — Le traitement de ce genre d'hydropisie est basé, comme celui de toutes les hydropisies en général, sur deux indications bien précises, et qu'il importe de ne pas méconnaître pour la réussite de la thérapeutique. La première indication est de combattre la cause morbide de l'hydropisie; et souvent alors, en paralysant, en enrayant cette cause, on fait disparaître en même temps la collection liquide, qui est éliminée par les seules puissances de l'organisme replacé dans son assiette normale.

La seconde consiste à s'attaquer à la collection elle-même comme épiphénomène morbide, pour en provoquer la disparition, soit au moyen d'une opération chirurgicale, soit par des médications qui suractivent diverses fonctions de l'économie, pour aboutir à la disparition du liquide épanché.

Cette deuxième indication, qui se spécialise pour chaque cas en particulier, n'a pas besoin d'être traitée ici, puisqu'elle trouvera son exposition détaillée et opportune dans chaque hydropisie par région. Mais, dès à présent, nous devons déclarer qu'en traitant de l'anasarque nous donnerons, en un article aussi

concis que possible, l'énumération des diverses médications qui peuvent faire remplir cette deuxième indication. Cet article sera conçu en de telles proportions, qu'il devra servir généralement de guide pour cette partie du traitement dans toutes les hydropisies, quelle que soit leur nature.

Dans la première indication on a à combattre l'irritation active, l'inflammation aiguë et chronique. Or, sans nous livrer à des énumérations retrouvées à chaque pas dans les auteurs, nous rappellerons que ce sont ces mêmes hydropisies que, parmi les anciens, les uns conseillaient de combattre par les déplétions sanguines, la diète, les rafraîchissants, les autres par les réfrigérants, etc., tous moyens qui rentrent dans la classe que nous appelons aujourd'hui antiphlogistique; tandis que d'autres leur apportaient des moyens souvent opposés, ou tout au moins bien différents. De nos jours, une fois la nature de ces hydropisies bien constatée, il ne peut plus y avoir erreur dans la thérapeutique, qui s'attache à détruire l'irritation ou l'inflammation, en calculant, pour la mise en œuvre des moyens, le degré de force du sujet et sa constitution.

§ II. — Hydropisies par altérations chroniques des séreuses. — Mécanisme qui préside à leur formation.

A cette catégorie appartient de rigueur la phlegmasie chronique des séreuses, que nous avons adjointe cependant à la catégorie précédente, autant pour rapprocher le mécanisme de la formation de l'hydropisie à laquelle elle donne naissance, de celui par inflammation aiguë, avec lequel il y a identité, que pour mettre sur la même voie de la thérapeutique deux suffusions séreuses dont la cause est la même, et ne diffère que quant au au degré. Après la phlegmasie chronique des séreuses, nous plaçons, sur la même ligne des altérations chroniques de ces membranes, les maladies à forme essentiellement chronique et latente dans leur apparition et leur marche. De ce nombre sont les tubercules, le cancer de diverses espèces; les tumeurs fibreuses, mélaniques; les dégénérescences, de quelque nature que ce soit; les diverses variétés de kystes qui peuvent affecter le système séreux. Comment ces affections diverse du système sé-

reux peuvent-elles donner lieu aux hydropisies, et aux hydropisies les plus tenaces ? Il est d'abord un mécanisme incontestable qui préside à ces épiphénomènes. L'un des premiers rôles, sinon le premier, de ces affections que nous venons d'énumérer, est de développer, sur la surface séreuse où elles sont greffées, une irritation, et parfois une inflammation, qui s'étend périphériquement et dont les limites sont incertaines ; de là, même mode pour la perpétration des suffusions séreuses que ceux que nous avons passés en revue dans le précédent article. Mais, outre cette façon d'agir de la part de ces états morbides, il doit indubitablement y en avoir d'autres, quoique celle-ci nous paraisse la plus ordinaire et la plus générale. Expliquons-nous : des tubercules nombreux, par exemple, interjetés dans les mailles du tissu membraneux ou à sa surface, ne peuvent faire autrement que d'établir, en autant de points, une compression plus ou moins prononcée sur les extrémités des capillaires. Cette compression devient une entrave pour la circulation, et une cause de congestion mécanique perpétuelle reproduite par la multiplication des points tuberculisés. Or, si le tubercule irrite par sa présence le tissu membraneux sur lequel il repose, il peut aussi produire le phénomène de compression que nous venons d'expliquer; et de là, l'hydropisie qui en sera la suite aura lieu par le même mécanisme que dans l'irritation ou l'inflammation, aidé par l'arrêt de la circulation, puisque nous savons formellement qu'un arrêt au cours du sang est une cause réelle d'hydropisie. Si les tubercules agissent ainsi, les autres tumeurs, quelle que soit leur nature, produiront inévitablement des effets semblables et d'autant plus prononcés, que ces tumeurs seront plus volumineuses ou plus nombreuses.

Ces deux explications que nous venons de donner nous paraissent fondées en fait et en pratique, quoiqu'il puisse y avoir encore d'autres manières d'agir de la part de ces produits morbides à l'égard des suffusions séreuses. Si véritablement à l'effet de l'irritation sécrétoire ou inflammatoire se joint le mécanisme de gêne de la circulation, on comprend que ces hydropisies doivent présenter de grandes, d'infranchissables difficultés pour être dissipées, et c'est ce qui arrive, en effet, très-souvent.

Symptomatologie. — La symptomatologie de ces hydropisies

présente un aspect assez uniforme dans son ensemble général, c'est-à-dire qu'il s'agit toujours d'hydropisies à marche lente, à accroissement peu rapide, au moins dans la majorité des cas. L'ensemble de leurs symptômes les fait cadrer immédiatement dans les hydropisies à réaction peu sensible, peu appréciable. Ici la fièvre manque la plupart du temps, à moins qu'elle ne soit le résultat de l'altération organique avancée ; l'innervation est peu mise en jeu. Les signes rationnels des diverses tumeurs, kystes, dégénérescences, etc., existants peuvent seuls légitimer le diagnostic différentiel de ces hydropisies ; et, à défaut de ces signes, des probabilités plus ou moins grandes, en procédant par voie d'exclusion, peuvent donner la présomption qu'on a affaire à cette catégorie de suffusions séreuses.

Traitement. — Ici le traitement ne peut, dans la plupart des cas, qu'avoir à remplir la deuxième indication, c'est-à-dire s'attaquer à la suffusion séreuse elle-même, car la cause est souvent au-dessus des ressources de l'art. Cependant il convient, en même temps, qu'on cherche à obtenir l'élimination du liquide épanché, de combattre, par tous les moyens qui sont en nous, cette cause si souvent réputée incurable ; il arrive plus d'une fois que le temps et les efforts de la nature se plaisent à déjouer les jugements que nous portons sur des affections de cette trempe.

Ire CLASSE. — IIe ORDRE.

HYDROPISIES PAR ALTÉRATIONS DES TISSUS EN DEHORS DES SÉREUSES ET SUSCEPTIBLES DE LEUR DONNER NAISSANCE PAR LEUR EXISTENCE PLUS OU MOINS PROLONGÉE.

Nous avons à examiner quelles sont les altérations des solides, autres que celles des séreuses, qui suscitent des hydropisies, et la manière dont elles les suscitent. Il se présente tout d'abord une série importante, capitale : ce sont les altérations qui apportent un obstacle au cours du sang veineux. Ces hydropisies avaient été prévues par les anciens, ainsi que nous l'avons démontré ; mais elles étaient restées complétement à l'état d'aperçu avant la découverte de la circulation. Depuis lors, elles commencèrent

à être comprises. C'est à M. Bouillaud (1) que revient surtout l'honneur d'en avoir démontré expérimentalement le mécanisme et la réalité.

L'obstacle à la circulation veineuse peut venir du système veineux lui-même, ou du système circulatoire artériel. N'importe de quel côté il vienne, l'aboutissant est toujours le même. Cependant l'effet est plus rapide quand c'est la circulation veineuse qui est interceptée. Il peut également être en dehors de la circulation par son origine et sa position, et l'intercepter par ses rapports; de là, la division si naturelle des altérations en celles qui siégent dans les organes de la circulation, et celles qui siégent en dehors de ces organes.

1° Altérations siégeant dans les organes circulatoires. — Par quel mécanisme elles donnent lieu aux hydropisies.

Maladies des veines. — Parlons d'abord de la phlébite, au sujet de laquelle nous avons besoin d'entrer dans quelques développements pour notre sujet.

L'inflammation des veines peut être externe ou interne, affecter la tunique veineuse externe ou la tunique interne, ainsi que l'a établi M. Velpeau. Les résultats de l'une et l'autre de ces phlébites sont bien différents, leurs causes diffèrent essentiellement aussi. L'inflammation de la tunique veineuse externe est le plus souvent consécutive aux abcès, aux fusées purulentes qui se produisent autour d'un tronc veineux, quelle qu'en soit au reste la cause; une lésion traumatique de veine, telle que la plaie produite par la saignée, ne donne lieu le plus souvent qu'à une phlébite externe. C'est pourquoi, en ce cas, on aperçoit un cordon rouge, sous-cutané, avec induration du tissu cellulaire périveineux et suivant le trajet du vaisseau lésé. La phlébite interne est bien plutôt le résultat d'une intoxication provenant du dehors ou émanée de l'individu. L'intoxication purulente, par exemple, est, dans ce dernier cas, et quand il n'y a pas disposition organique à la pyogénie acquise ou originaire, le fait le plus constant. Il n'est pas indifférent de voir comment pro-

(1) *Archives de médecine*, 1re série, 1823, t. II, p. 188; t. V, p. 94.

cède alors cette intoxication. M. Lebert (1) a démontré ingénieusement ce phénomène au moyen de ses recherches microscopiques. Pendant longtemps on a supposé, non sans quelque raison, que les globules de pus étaient pris par la circulation et transportés dans le torrent circulatoire. L'auteur que nous venons de citer soutient qu'on rencontre rarement des globules de pus dans le sang, même chez des sujets ayant eu des abcès dits métastatiques.

Pour son compte, il n'en a jamais trouvé dans les cas nombreux qu'il a vérifiés : il explique d'une autre façon les abcès métastatiques des poumons et du foie. Il les attribue à la phlébite propagée par continuité, et trouve que cette phlébite débute par la tunique externe, en contact avec le pus.

« Les veines, dit-il, offrent dans leur trajet des rudiments « nombreux de traces embryonnaires, dont la tunique externe se « trouve renversée en dedans, à la façon d'une manche de che- « mise invaginée et renversée de son extrémité dans l'intérieur « de la cavité. Ces traces rudimentaires, destinées à fournir aux « besoins de nouveaux vaisseaux par leur élongation, reçoivent « donc, par leur surface externe, le contact du pus, qui les en- « flamme. Comme la tunique externe vient, par le repliement en « dedans, se mettre en contact avec la tunique interne du tronc « principal, l'inflammation se communique de l'une à l'autre par « continuité, et cela avec d'autant plus d'activité que le pus est « plus considérable et de plus mauvaise nature. »

Voilà donc, d'après cet auteur, comment se produit la phlébite par infection purulente, celle de toutes qui donne le plus rarement lieu à l'oblitération veineuse, et par suite à l'hydropisie, car sa terminaison est rapide et fréquemment funeste.

La phlébite traumatique est le plus souvent externe ; mais par le mécanisme que nous venons de peindre, d'externe d'abord, elle peut devenir facilement interne.

L'aboutissant de la phlébite interne est alors ou la suppuration, ou la sécrétion de produits plastiques fibrino-albumineux qui, joints à la difficulté qu'éprouve le sang à circuler dans une veine enflammée, provoquent facilement la formation d'un cail-

(1) *Physiologie pathologique*. Paris, 1845.

lot obturateur, qui finit par intercepter complétement la circulation, en oblitérant le calibre du vaisseau. Il est vrai que cette terminaison de la phlébite par caillot oblitérateur n'est pas la plus fréquente ; mais en tout cas, quand elle arrive, elle devient nécessairement cause d'une hydropisie dont le siége est déterminé par la position du vaisseau obturé, et dont l'étendue est en raison directe de l'importance et du calibre du vaisseau.

C'est ainsi que l'oblitération de la veine crurale détermine l'œdème dans tout le membre correspondant ; celle de la veine cave inférieure ou de la veine porte, l'ascite avec œdème des membres pelviens. Nous ne pouvons faire mieux que de citer, chemin faisant, un exemple qui nous est propre et où l'infiltration séreuse du membre fut le résultat spontané d'une oblitération veineuse par un caillot sanguin, produit d'une phlébite consécutive à une altération du sang (1). « Un vieux militaire de la garde républicaine, ayant perdu l'appétit depuis quelques jours, éprouvant du malaise avec faiblesse et courbature des membres, entrait dans notre service à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 15 janvier 1850. Tous les symptômes observés sur ce malade se rapportaient à un état typhoïde avec adynamie, et il fut traité en conséquence, lorsque, le 19, apparut une douleur assez aiguë, partant de la fosse iliaque gauche, et longeant tout le membre pelvien du même côté jusqu'aux orteils. Cette douleur était profonde. Le palper qui l'exaspérait dans la fosse iliaque, ne produisait rien sur toute la longueur du membre. Les parois du ventre restaient affaissées, et on ne découvrait pas la moindre trace de tumeur dans cette cavité, à la palpation. Du 19 au 20 survient un œdème considérable de tout le membre pelvien gauche. La saphène, comme toutes les veines sous-cutanées, était saillante et gorgée de sang, sans être le siége de rougeur ni de douleur dans tout son parcours. Jusqu'au 21 février, le malade conserva son œdème avec les phénomènes généraux de prostration résultant à la fois de l'affection générale et de la phlébite, qui avait frappé l'iliaque externe, suivant toute apparence. Sous l'influence de médications internes appropriées, de frictions chaudes et oléagineuses, puis stimulantes sur le membre, l'œdème com-

(1) Cet exemple est rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*, Paris. 1850, page 158.

mença à se dissiper dès le 15 mars, et, le 24 du même mois, le malade quittait l'hôpital, ne conservant plus qu'une faiblesse assez considérable dans ce membre. »

Nous ne faisons que rapporter l'extrait sommaire de cette observation, fort détaillée dans le journal cité.

Quand on sait sous quelle influence s'exécute la circulation veineuse, on se rend un compte facile de la manière dont se produisent les hydropisies par suite de son interruption. Le sang veineux ne circule point par l'impulsion que lui communiquent les parois veineuses, mais d'après celle que lui communique le cœur jusqu'à travers les capillaires, aidée par l'action musculaire voisine. Le sang, dans les veines, remonte dans la plus grande étendue du corps contre son propre poids : à ce sujet les veines sont garnies de valvules en guise de soupapes; si un obstacle survient dans un tronc veineux, le sang, ne pouvant plus avancer, tend à rétrocéder; mais comme la circulation artérielle lui fournit sans cesse de nouveaux matériaux et une impulsion qui l'empêche de rétrocéder, il s'ensuit que les capillaires veineux sont bientôt remplis outre mesure, et que, dans cette situation, la portion aqueuse du sang transsude à travers leurs parois : de là, hydropisie. C'est ainsi qu'a lieu l'œdème qui survient aux extrémités inférieures chez les personnes qui restent longtemps assises en diligence. La compression subie par quelques troncs veineux des membres inférieurs, dans cette position, le manque d'action de la part des muscles, et la position prolongée qui oblige le sang à lutter continuellement contre son propre poids, telles sont les circonstances réunies qui président ici à la suffusion séreuse. Telle est encore la manière dont se produit l'engorgement œdémateux des membres dans les parties inférieures à une ligature qui les étreint.

Oblitération veineuse par formation spontanée d'un caillot. — Quand, à la suite de la phlébite, il y a oblitération d'un tronc veineux en un point, la suffusion séreuse qui en résulte ne reconnaît pas d'autre cause. Jusque-là nous n'avons parlé que de la phlébite comme pouvant amener une oblitération veineuse. Nous devons citer encore la formation spontanée de caillots dans le calibre des veines sans inflammation préalable. L'idée de la formation de caillots oblitérateurs sans travail in-

flammatoire a pu paraître hasardée. Elle est cependant soutenue énergiquement par quelques auteurs, et on en trouve un exemple fort remarquable dans la *Gazette des Hôpitaux* (1839, n° 12). C'est à cette même formation spontanée de caillots oblitérateurs que ces auteurs, en tête desquels on peut citer M. Bouillaud, attribuent certains œdèmes des extrémités inférieures qui ont lieu chez certains phthisiques. Nous avons pu vérifier nous-même, quatre fois, l'exactitude de ces données, sur 17 phthisiques qui offraient des infiltrations des membres pelviens. Dans les 13 cas restants, malgré les recherches dirigées de notre mieux, nous n'avons pu trouver cette raison de la suffusion séreuse. Il est vrai que, sur 11 de ces sujets, il y avait non-seulement infiltration des extrémités inférieures, mais encore des traces plus ou moins prononcées d'une infiltration générale, et alors aussi devait exister une cause agissant généralement ; mais sur les deux derniers, les extrémités inférieures seules étaient œdématiées, et cependant nous n'avons pu rencontrer d'oblitération veineuse. Au reste, cette question de caillots obturateurs sans phlébite se présentera mieux quand nous traiterons de la *phlegmasia alba dolens*.

Une fois bien compris le mécanisme par lequel une oblitération veineuse donne lieu à l'hydropisie, il est facile de prévoir que tout ce qui portera un obstacle un peu considérable et de certaine durée au libre retour du sang vers le cœur amènera le même résultat et de la même façon. A ce titre, les diverses affections dont l'organe central de la circulation peut être le siége doivent être classées sur la même ligne ; examinons-les.

Maladies du cœur et des gros vaisseaux. — Nous pouvons diviser ces affections en celles qui oblitèrent en plus ou en moins les orifices naturels du cœur ; et en celles qui, tout en laissant ces orifices intacts, agrandissent ou amoindrissent ses cavités aux dépens des lésions des parois, et impriment à cet organe une activité insolite, ou une impuissance plus ou moins prononcée à se mouvoir dans les conditions qui lui sont dévolues. Il va sans dire que ce double genre de lésions peut se compliquer mutuellement ou être la conséquence l'un de l'autre. Dans le premier cas se rangent les diverses altérations valvulaires qui entraînent l'impuissance des valvules à agir en guise de soupapes comme dans leur état normal : de là, les insuffisances valvulaires ; et les divers pro-

elle ne peut recevoir en entier le sang que lui apportent les veines pulmonaires ; ces veines, ne pouvant se désemplir, verser leur contenu, se trouvent continuellement gorgées, et, le reflux se faisant sentir de proche en proche à travers les veines de second ordre et les capillaires du poumon, il en résulte que les artères pulmonaires éprouvent un obstacle à lancer dans les poumons la quantité convenable de sang ; ce barrage se fait sentir dans le ventricule droit, de là dans l'oreillette, puis dans les veines caves, enfin dans tout le système veineux de l'économie, d'où la stase dans les capillaires et l'hydropisie.

Que si l'obstacle ou l'insuffisance siége à l'ouverture ventriculo-aortique, tout se passera exactement comme dans le cas précédent, sauf que le point de départ se trouve un peu plus avant placé dans le système circulatoire.

Nous croyons avoir rigoureusement démontré comment les obstacles ou insuffisances aux divers orifices du cœur engendrent les suffusions séreuses. Reste à voir si les hypertrophies concentrique et excentrique, et les dilatations dites passives des cavités du cœur, peuvent donner lieu au même résultat.

Tous les auteurs sont d'accord pour regarder les hypertrophies considérables du cœur droit ou l'anévrisme passif de cette portion d'organe comme cause d'hydropisie, en tant qu'obstacles au cours du sang veineux ; la même proposition, pour les altérations de ce genre sur le cœur gauche, n'est pas aussi uniformément admise, ou du moins on ne pense pas qu'elles soient aussi fréquemment suivies de suffusions séreuses. La théorie se refuse à admettre une pareille différence quand les altérations sont aussi avancées d'un côté que de l'autre. Les faits seuls pourraient juger la question définitivement. Mais quand on se rappelle que les hypertrophies du cœur sont elles-mêmes, dans les deux tiers des cas, consécutives à des obstacles au cours du sang, obstacles situés la plupart aux orifices du cœur, il est facile de comprendre la difficulté qu'il y a à établir des statistiques rigoureuses au sujet des hypertrophies pures et simples.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les hydropisies résultant des maladies du cœur que nous venons de rapporter sont générales et débutent presque toujours par les extrémités et surtout les inférieures. La raison de ce début est clair : c'est sur ces points que

la stase du sang se fait le plus sentir, dans les capillaires, à cause de l'éloignement du centre circulatoire et des lois de la pesanteur, contre laquelle il est obligé de lutter dans son ascension.

Une hydropisie dénommée assez improprement *phlegmasia alba dolens*, ou œdème des femmes en couche, a été classée assez diversement par les auteurs, et il est convenable que nous en fassions mention en parlant des hydropisies par obstacle au cours du sang veineux. Cette suffusion séreuse a été diversement interprétée : les uns l'ont rapportée à une inflammation des vaisseaux lymphatiques, les autres à une véritable phlébite. Cette dernière opinion était à peu près la seule professée de nos jours, et les noms de Bouillaud, Velpeau, Robert Lée, Boudant, etc., indiquent assez toute l'autorité qui s'y rattache. Cependant, depuis qu'on a découvert l'albuminurie chez les femmes enceintes, il est permis de croire que l'anémie albuminurique que le sang éprouve chez ces femmes n'est pas étrangère, au moins quelquefois, à ces hydropisies. Pourtant il demeure constant et avéré que, dans un bon nombre de cas, cet œdème est la conséquence d'une phlébite interne, et plus souvent encore de la formation spontanée d'un caillot obturateur sans phlébite préalable.

Disons, avant d'en finir avec le système circulatoire proprement dit, par rapport aux hydropisies, qu'en dehors du système veineux et du cœur il est des lésions artérielles qui aboutissent nécessairement aussi à l'hydropisie : telles sont les dilatations anévrismales de la crosse de l'aorte ou de l'aorte thoracique ou abdominale, les concrétions qui surgissent morbidement à la surface interne de ces gros vaisseaux. Ces diverses altérations forment un obstacle souvent considérable au cours du sang, obstacle qui est ressenti d'abord dans le cœur gauche, puis dans le cœur droit et dans tout le système veineux subsidiairement. Il est vrai que, dans beaucoup de cas de ce genre, le cœur se trouve consécutivement hypertrophié, et que cette nouvelle lésion aide les premières pour l'apparition des hydropisies.

2° Altérations siégeant en dehors des organes de la circulation. — Leur manière d'agir pour la production des hydropisies.

Un deuxième genre d'altérations des solides placés en dehors du système circulatoire donne également lieu aux hydropisies par

obstacle au cours du sang veineux : tels sont les hypertrophies du foie et de la rate ; les engorgements considérables des viscères abdominaux, que les anciens avaient déjà signalés comme cause d'hydropisies : telles sont encore certaines affections des reins et de la matrice; diverses tumeurs situées dans l'abdomen et comprimant un gros tronc veineux, la veine cave inférieure, la veine porte, les iliaques, ou toutes les veines mésaraïques, comme cela se voit dans la tuberculisation mésentérique arrivée à un haut degré de développement; enfin, toutes les tumeurs développées dans la cavité thoracique, et susceptibles d'enrayer la circulation pulmonaire ou des gros vaisseaux.

Cependant, pour notre compte, nous n'admettons pas aveuglément toutes ces altérations aussi vaguement dénommées comme susceptibles d'engendrer les hydropisies, ainsi qu'on l'a écrit et répété d'âge en âge. Nous avons vu trop souvent, par exemple, des rates énormes en volume, à la suite de fièvres intermittentes anciennes, ne pas susciter le moindre épanchement séreux, pour que nous ne cherchions pas une cause plus occulte quand l'hydropisie surgit sous l'influence d'une seule altération analogue. Sur dix-neuf sujets chez qui nous avons pu mesurer des rates ayant au minimum 19 centimètres de haut en bas et 25 transversalement, et au maximum 31 centimètres de haut en bas et 28 transversalement, nous n'avons pas trouvé une goutte de liquide dans le péritoine, ni la moindre trace d'œdème des extrémités inférieures. De tels faits étaient de nature à nous inspirer une juste défiance au sujet des engorgements de la rate pour la production des hydropisies, lorsque le hasard nous mit sur la voie de l'une des causes passées inaperçues. En janvier 1849, nous pûmes constater, pour la première fois, de l'albuminurie, passagère il est vrai, sur deux fébricitants. Depuis, nous occupant toujours de la recherche de l'albuminurie dans les divers cas morbides que nous avions à traiter, nous avons vu chez certains malades porteurs de fièvres paludéennes rebelles, récidivées plusieurs fois, et ayant imprimé aux sujets qui en étaient porteurs ce cachet particulier qui fait donner le nom de cachexie ; nous avons vu, disons-nous, que leurs urines contenaient de l'albumine en assez grande quantité, non pas très-régulièrement tous les jours, mais assez fréquemment et notamment à la suite d'un accès. Chez

l'un d'eux, entre autres, qui eut une anasarque ultérieurement et qui présentait une rate de 17 centimètres de haut en bas et de 29 transversalement, lors de notre première visite, nous pûmes constater l'albuminurie se présentant deux, trois jours de suite, puis se suspendant pendant trois, quatre et cinq jours, pour reparaître encore. Quand l'anasarque apparut, loin de la rapporter à l'engorgement des viscères abdominaux qui existait, à une altération du centre circulatoire que rien ne dénotait, nous la fîmes découler de cette albuminurie persistante, quoique irrégulièrement intermittente. En traitant des hydropisies par altération du sang, nous nous étendrons plus longuement sur ce sujet et fournirons des exemples; nous n'avons voulu, quant à présent, que dévoiler une erreur assez grossière et commise jusque aujourd'hui, celle de rapporter à l'engorgement de la rate et des viscères abdominaux des hydropisies qui, à coup sûr, ne lui appartiennent point (1). L'atrophie de la rate, quelque considérable qu'elle soit, n'est pas plus susceptible de donner lieu à l'hydropisie que son engorgement, puisqu'on a pu enlever cet organe chez certains animaux sans susciter le moindre épanchement séreux dans la cavité du péritoine.

Maladies du foie. — Les engorgements du foie sont-ils plus susceptibles que ceux de la rate de donner lieu à l'hydropisie? Ceci mérite un examen sérieux, puisqu'on touche à des doctrines admises presque sans contradiction jusqu'à présent. Ici, encore, nous avons trop souvent été témoin d'engorgement considérable du foie sans la moindre trace d'ascite pour que banalement nous inscrivions cette formule : Hydropisies par engorgement du foie. — Une distinction nous a paru essentielle et fondée. Les hypertrophies pures et simples du foie, quel que soit le volume, en fait et en théorie, ne donnent point lieu aux hydropisies, à moins qu'à la façon d'une autre tumeur cet organe ne pèse sur un gros tronc veineux pour en intercepter la circulation, ce qui est excessivement rare. Dans l'hypertrophie pure et simple, les vaisseaux sanguins

(1) Depuis que nous avons écrit ces lignes nous avons pu examiner, en Corse, cent sujets porteurs de rates monstrueuses, dont la plupart à coque fibreuse, par suite de fièvres intermittentes anciennes, et sur ce nombre nous n'avons trouvé que sept hydropiques à des degrés divers (*Gazette des Hôpitaux*, 15 et 17 juillet 1851).

qui sillonnent le foie n'éprouvent aucune gêne, aucune interception : on ne voit pas pourquoi alors elle doit donner lieu à l'ascite, à moins que, devenu plus volumineux, cet organe ne gêne, n'irrite le péritoine, ce qui est peu probable. Mais quand à l'hypertrophie se joint cet état dénommé cirrhose qui, dans son premier degré, coïncide avec l'augmentation du volume du foie, alors l'hydropisie peut s'ensuivre, parce que les vaisseaux subissent ici une véritable compression, une oblitération partielle plus ou moins étendue. A un état beaucoup plus avancé, la cirrhose est suivie de l'atrophie du foie ; les vaisseaux sanguins subissent là une compression, une oblitération bien plus complète, et l'hydropisie en est bien plus rigoureusement la conséquence. Encore faut-il remarquer que les hydropisies qui accompagnent cet état morbide reconnaissent souvent une cause multiple, c'est-à-dire qu'avec la cirrhose existe assez souvent la maladie de Bright. Sur quarante-deux malades atteints de cirrhose du foie, et dont M. Becquerel a pu recueillir l'histoire, quinze, soit un peu plus du tiers, étaient en même temps affectés de maladie de Bright (1). Dans trois cas de cirrhose du foie avec anasarque, nous avons trouvé nous-même deux fois une complication de maladie de Bright, constatée à l'autopsie. Si nous avions plus de faits de cette nature par devers nous, nous pourrions peut-être conclure qu'entre la cirrhose et l'affection granuleuse des reins il existe une liaison de causalité, et non une simple complication. Peut-être que la microscopie nous apprendra, un jour, que la cirrhose et l'affection granuleuse des reins sont de la même nature.

L'état gras du foie, autre variété de la cirrhose, paraît aussi susceptible de donner lieu à l'ascite quand la dégénérescence est avancée : c'est qu'ici encore les vaisseaux sanguins dont cet organe est pourvu subissent une véritable atrophie, une certaine oblitération qui intercepte grandement la circulation. Nous avons eu occasion de citer un cas assez remarquable de cette dégénérescence du foie, survenue consécutivement à un énorme kyste hydatique qui fut suivi d'abcès multiples dans la glande, par suite d'infection purulente (2). Le sujet avait eu, entre autres acci-

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur la cirrhose du foie*, dans les *Archives de médecine*, t. VII, 3e série, p. 397.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 3e série, 1847, t. II, p. 593.

dents consécutifs aux diverses lésions du foie, une ascite de médiocre étendue. Après avoir décrit le kyste périhépatique et les abcès nombreux qui siégeaient dans l'organe, nous ajoutions : « Le tissu du foie a un aspect jaune foncé uniformément ; il est résistant ; la pression en fait suinter un liquide gras, huileux, rouge orangé : c'est bien là l'état graisseux observé par quelques auteurs, M. Andral entre autres. »

Si la dégénérescence graisseuse du foie donne lieu à l'ascite, et cela par l'oblitération plus ou moins considérable qu'elle cause dans les vaisseaux sanguins, les dégénérescences squirrheuses, encéphaloïdes, fibreuses, etc., conduisent aux mêmes fins quand elles occupent une grande partie de la glande. Les tubercules nombreux et agglomérés, les kystes hydatiques ou autres, volumineux ou multiples, du foie semblent aboutir également à l'ascite. Les faits d'ascites dues à des causes pareilles sont fort nombreux dans la science. Il est bien clair que de pareilles dégénérescences dans le tissu de la rate pourraient donner naissance aux suffusions séreuses, mais alors ce serait en comprimant quelques gros vaisseaux ou en irritant le péritoine.

Maladies des reins. — Après les lésions morbides du foie viennent celles des reins comme donnant lieu aux hydropisies. Nous devons écarter des maladies de ces organes celle qu'on dénomme maladie de Bright. Ici l'hydropisie arrive par un double mécanisme et n'est pas, au moins dans tous les cas, la conséquence directe de la lésion du tissu rénal. Nous aurons à en traiter largement dans notre troisième classe.

Mais parmi les divers autres états morbides des reins nous devons faire les mêmes réserves que pour ceux du foie, quant aux hydropisies qu'ils peuvent susciter. Ainsi l'hypertrophie pure et simple de ces organes ne nous paraît pas susceptible de produire les suffusions séreuses, et nous avons par devers nous cinq autopsies qui confirment notre manière de voir. Dans ces cinq cas, quatre fois les deux reins ont été trouvés d'un volume double de celui à l'état normal, mais sans autre altération appréciable des substances corticale et tubuleuse qu'une congestion sanguine plus ou moins prononcée et uniforme. Chez ces quatre sujets il n'y avait pas l'apparence du moindre épanchement séreux. Sur le cinquième, le rein gauche avait un volume prodi-

gieux, au moins trois fois celui de l'état normal, et le rein droit était atrophié, réduit à la moitié de son volume. L'atrophie portait surtout sur le tissu cortical ; mais les substances n'étaient le siége d'aucune dégénérescence. Chez ce malade, l'autopsie ne révéla pas non plus le moindre épanchement séreux. Ces cinq sujets avaient succombé à des affections tout à fait étrangères aux reins ; et leurs urines, durant tout le temps qu'ils furent en traitement dans notre service, ne présentèrent jamais la moindre trace d'albumine.

Mais quand des tubercules nombreux affectent les reins, quand des kystes pullulent dans ces organes, quand une dégénérescence de diverses natures s'empare de leur tissu, alors l'hydropisie en est une conséquence rigoureuse, parce que non-seulement les vaisseaux sanguins qui les pénètrent de toutes parts sont comprimés, oblitérés ou détruits en des points nombreux, mais parce que les reins se trouvent placés hors d'état de pouvoir remplir leur fonction, la sécrétion urinaire, la plus importante des voies excrétoires dont se sert l'organisme pour jeter au dehors la portion inutile et superflue de l'eau contenue dans le sang.

Tumeurs dans les cavités abdominales ou thoraciques. — Les diverses tumeurs contenues dans la cavité abdominale, qui donnent lieu à l'ascite, entraînent ce résultat par la compression forte et prolongée qu'elles exercent sur l'un des principaux troncs veineux contenus dans cette cavité et quelquefois sur plusieurs à la fois. Voilà pourquoi on a vu des tumeurs kystiques ou cancéreuses également volumineuses, situées dans l'abdomen, tantôt donner lieu à l'ascite, et tantôt ne pas la provoquer. La situation de ces tumeurs rend compte alors de ce résultat différent ; mais ce n'est pas là le seul terme de la différence. Il est bien certain que quelques-unes de ces tumeurs, les cancéreuses, par exemple, amènent par leur existence une profonde détérioration de tout l'organisme avant qu'ascite s'ensuive. Avec la nutrition incomplète, avec la détérioration de l'organisme, il ne serait pas impossible que le sang éprouvât une altération capable d'entraîner ces suffusions séreuses : nous voulons parler de la diminution de l'albumine. Ce qui se passe dans les cachexies paludéennes où l'anémie albuminurique nous paraît pertinemment la cause des hydropisies, nous fait conclure que dans les cachexies

cancéreuses le sang pourrait bien ne pas s'assimiler toute l'albumine qu'il lui faut. Et d'après nous, alors, cet état ne concourrait pas moins que la position de la tumeur à provoquer la suffusion séreuse : mais tout ceci est hypothétique (1).

Si les tumeurs appartiennent à la matrice ou à ses annexes, les hydropisies qui en sont si fréquemment la suite n'ont pas d'autres raisons d'être que celles que nous venons d'énumérer pour les autres tumeurs situées dans l'abdomen. Cependant nous sommes porté à croire que de nombreuses erreurs ont été commises à ce sujet, et qu'une foule d'observations d'ascites ou d'anasarques rapportées aux lésions diverses de la matrice ne sont que le résultat d'un examen incomplet. Comment comprendre, en effet, qu'une tumeur développée sur le corps de la matrice, à moins qu'elle n'ait un volume à remonter dans la partie supérieure de l'abdomen, puisse donner lieu à l'ascite, quand, par sa situation, elle ne pourrait comprimer que les veines iliaques? Quand on pense que la matrice chargée du fruit de la fécondation, ayant acquis un volume bien plus prononcé, pouvant comprimer bien plus facilement les vaisseaux de la cavité abdominale, ne détermine jamais, par le fait de ce développement, et sans autre circonstance morbide, l'hydropisie ascite, mais seulement et exceptionnellement l'œdème des extrémités inférieures, on se trouve encore plus fondé à regarder comme mal observées la plupart des hydropisies rapportées aux tumeurs, aux dégénérescences de cet organe. Au reste, convaincu que nous sommes que concurremment avec ces états morbides a dû exister une altération du sang, ou la maladie de Bright, nous déclarons que si l'on examinait rigoureusement les urines tous les jours dans ces cas, on éviterait souvent la méprise (2).

(1) Depuis lors, MM. Becquerel et Rodier, dans un mémoire lu devant l'Académie nationale de médecine (5 mars 1850), ont prouvé la vérité de ce que nous donnions pour une hypothèse. Ces messieurs ont trouvé par les analyses du sang que les hydropisies dans les cachexies cancéreuses se lient à l'anémie albuminurique consécutive.

(2) Dans la plupart des cas, toutes ces dégénérescences de la matrice ou de ses annexes sont liées à un état général d'où elles procèdent, et il y a presque toujours état cachectique et anémie albuminurique consécutive quand elles donnent lieu aux suffusions séreuses.

Symptomatologie. — La symptomatologie des hydropisies que nous venons de passer en revue offre-t-elle des caractères bien décidés pour les faire reconnaître et distinguer? Il faut encore ici séparer les hydropisies en celles qui dépendent des altérations du système circulatoire lui-même, et en celles qui résultent d'un obstacle venant d'en dehors de ce système. Les premières peuvent avoir été précédées de signes propres à faire reconnaître les lésions des vaisseaux sanguins : alors on pourra être plus facilement sur la voie du diagnostic. Quand la lésion existe dans le cœur lui-même, à l'aide des moyens que la science possède aujourd'hui, cette lésion peut être facilement reconnue, et démasquer par conséquent l'origine de l'hydropisie. Les œdèmes des membres sont ceux qui peuvent être le mieux jugés comme appartenant à une obturation veineuse, parce qu'il n'y a guère que ce genre de lésion ou la compression du principal tronc veineux qui puisse donner un semblable résultat. Il est souvent beaucoup plus difficile de reconnaître l'origine de l'ascite. Mais, en tout cas, en procédant par voie d'exclusion, quand on ne trouve ni tumeur dans la cavité abdominale, ni dégénérescence du foie, et que les urines rendues par le malade ne sont pas albumineuses; quand aucun signe de péritonite aiguë ou chronique n'a préexisté; quand surtout les veines qui rampent à la surface externe des parois abdominales paraîtront saillantes, gorgées de sang, comme variqueuses, on pourra en inférer que quelque gros tronc veineux est oblitéré, la veine cave, par exemple. M. Reynaud (1) attache une très-grande valeur à ce signe diagnostique, et quelques faits ont prouvé que l'opinion de ce médecin est fondée. On devra se rappeler que les hydropisies résultant des lésions du cœur sont générales, et que l'anasarque, dans ce cas, débute presque toujours par les extrémités inférieures pour remonter progressivement; ce qui, joint à l'absence d'albumine dans les urines et aux signes des lésions cardiaques, sert parfaitement à les faire distinguer des hydropisies par maladie de Bright.

Quant aux hydropisies suscitées par la compression d'un tronc veineux par une tumeur siégeant dans un organe voisin, c'est la

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, t. II, p. 84, 109; t. IV, p. 137; t. V, p. 173.

reconnaissance de cette tumeur par nos moyens de diagnostic qui mettra sur la voie, en l'absence de toute autre cause appréciable : la tumeur, étant reconnue, sera la garantie de la cause réelle. En tout cas, les signes qui servent à diagnostiquer toutes ces hydropisies se tirent de la négation des signes qui appartiennent aux autres espèces et de la constatation des lésions qui, dans le système circulatoire ou en dehors de ce système, peuvent les justifier.

Traitement. — Que dire du traitement de ces hydropisies, sinon qu'il restera toujours infructueux pour quelques-unes d'entre elles, les causes ne pouvant être combattues avantageusement? Attaquer les lésions morbides, soit qu'elles siégent dans le système circulatoire, soit qu'elles résident dans les organes voisins: telle est encoreici la première indication à remplir. La seconde est de chercher, par tous les moyens que la science possède, à obtenir la résorption ou l'évacuation du liquide épanché. Enfin, il reste pour ce genre d'hydropisie une troisième indication importante, c'est une hygiène bien adaptée à chaque malade. Souvent, en évitant les fatigues, en gardant telle position, etc., on place les organes dans des conditions de repos qui amène du soulagement et permet aux fonctions excrétoires de travailler plus efficacement à l'expulsion du liquide au dehors, etc.

IIe CLASSE.

HYDROPISIES PAR ALTÉRATIONS DU SANG.

C'est à Galien que remonte le rôle que les anciens médecins ont cherché à faire jouer aux altérations du sang dans la production des hydropisies. Depuis cet illustre observateur, les médecins de diverses époques professèrent les mêmes doctrines, appuyées par des faits nombreux. Nous avons eu déjà occasion de dire que les explications données par les anciens auteurs, sur le mécanisme de ces hydropisies, étaient insuffisantes, ou exagérées, ou manifestement erronées. Dans tous les cas, ce fut toujours l'hypothèse qui remplaça la démonstration. Mais, peut-on leur en tenir compte? Galien, par exemple, qui avait surpris le secret de la nature avec cette admirable sagacité d'esprit qui lui était

particulière, Galien fut plus hypothétique que personne, parce que son esprit, manquant de moyens d'investigation et d'appréciation rigoureuse, dut s'abandonner à toute sa lumineuse pétulance pour expliquer ce qu'il avait entrevu. Son esprit s'égara souvent, ce qui ne lui fût point arrivé, si ce grand médecin eût eu à sa disposition les éléments qui constituent des règles de direction pour notre époque. Que dire maintenant pour justifier ceux qui suivirent Galien, quand on l'a si bien justifié lui-même? Nous avons dit ailleurs, qu'à l'époque où régna un solidisme exclusif et exagéré les altérations du sang furent soigneusement écartées des causes d'hydropisies, tableau frappant qui démontre à quoi expose l'esprit de système.

Mais aujourd'hui les altérations du sang, comme cause des hydropisies, tendent largement à être réhabilitées; et cela avec d'autant plus d'éclat et de vérité, qu'elles ont été et sont tous les jours le sujet d'expérimentations analytiques peu susceptibles de réplique.

Le sang peut être altéré sous le rapport de la quantité et sous celui de la qualité: ce dernier mot n'entend pas exprimer que nous prétendions discerner les modifications que peuvent subir les divers principes du sang dans leur composition intime; mais il laisse voir que, par l'analyse, nous pouvons constater les différences quantitatives de ces divers principes, ce qui, en définitive permet de juger la qualité du sang composé de ces éléments dont les variations lui impriment des qualités différentes.

1° Augmentation de la quantité du sang comme cause d'hydropisie. — Son mécanisme pour leur production.

La première des altérations du sang qui nous paraisse susceptible de donner lieu aux hydropisies est son augmentation. C'est celle que les anciens auteurs pouvaient le mieux déterminer; et, chose remarquable, il est impossible d'assigner à la quantité de la masse sanguine une ligne de démarcation pour le plus ou le moins, puisqu'il est impossible de préciser quelle est la quantité qu'à l'état normal chaque sujet doit en contenir, tant cette quantité doit varier suivant les âges, les constitutions, les habitudes, les professions, etc. Du reste, quelle que soit cette impossibilité absolue de préjuger le point où le liquide sanguin est en excès,

les anciens, avons-nous dit, avaient admis cet excès comme engendrant les hydropisies. Il est des limites extrêmes qu'il est impossible de ne pas remarquer. Tout le monde dira d'un homme faible, pâle, amaigri, à refroidissement facile, qu'il n'a plus de sang dans les veines, et cette hyperbole rend pleinement la pensée de diminution dans la quantité du liquide sanguin, au moins dans quelques-uns de ses principes. Par la même raison et dans des limites opposées, la trop grande quantité de sang doit être remarquée, quoiqu'on ne puisse l'apprécier relativement, n'ayant pas de données fixes pour l'état normal. Cette trop grande quantité de sang était désignée autrefois par le mot pléthore, mot auquel nous donnons une toute autre acception aujourd'hui, d'après les données fournies par l'analyse chimique.

Les anciens avaient donc des hydropisies dues à la pléthore ou trop grande abondance du sang. Il est vrai qu'ils confondaient souvent sous cette dénomination des hydropisies qui reconnaissaient une autre cause.

Cette cause d'hydropisie, la trop grande quantité de sang, est-elle bien réelle ? Bien qu'on ne puisse pas préciser les quantités normales de ce liquide chez chaque sujet, il est impossible de nier qu'il n'y ait des hydropisies par pléthore dans le sens que les anciens attachaient à ce mot.

Du reste, cette catégorie d'hydropisies a été consacrée par presque tous les âges, et les écrits les plus récents l'ont admise encore dans son intégrité. C'est ainsi qu'Itard (1) reconnaît des hydropisies par augmentation et diminution dans la masse du liquide sanguin. Les observations de Willis, Meyserey, Ramazzini et Monro tendent à prouver avec assez d'évidence le fondement de cette division. Il faut nous adresser à l'expérience pour voir si l'hydropisie peut être le résultat de la trop grande quantité de sang ou du trop-plein de la circulation; car, pour sa quantité trop minime, nous ne pensons pas, et nous le prouverons, qu'elle soit suffisante pour donner lieu au même résultat. Schelze et Hales parvenaient à rendre les animaux hydropiques en les gorgeant d'eau ou en leur injectant de l'eau dans les veines, c'est-à-dire en augmentant subitement la masse de

(1) *Dict. des sciences médicales*, art. HYDROPISIE.

liquide sanguin en circulation. Les expériences de M. Magendie ont confirmé celles des deux auteurs précédents, tout en montrant les faits sous un point de vue peut-être un peu différent. Si l'on injecte avec force une grande quantité d'eau dans une artère, on voit toutes les surfaces où se distribue le vaisseau laisser transsuder une quantité d'eau d'autant plus considérable que l'injection a été poussée avec plus de force. Le même effet a lieu par l'injection, dans les veines d'un animal, d'une quantité d'eau capable de doubler et de tripler la quantité de sang.

Nous avons démontré ailleurs que la transsudation du sérum à travers les parois des capillaires survient de deux manières en cas pareil : d'abord, parce que les vaisseaux remplis et distendus outre mesure laissent, par cette force de réplétion, transpirer la portion aqueuse du sang qui est la plus fluide ; et ensuite, parce que, le sang étant augmenté de toute la quantité d'eau qui a été injectée, les rapports de ses parties constituantes entre elles changent : l'albumine, par exemple, devient, dans ses rapports relatifs avec le sérum, bien inférieure en chiffre ; partant, ce sérum est plus fluide par la diminution de ce produit plastique, et plus apte à tamiser à travers les parois des capillaires. Cette dernière proposition, qui seule pourrait avoir besoin de démonstration, se trouve prouvée par l'expérience qui consiste à charger l'eau d'un principe albumineux pour l'empêcher de transsuder à travers du parchemin ; en diminuant la quantité de l'albumine contenue dans cette eau, on rend au contraire la transsudation du liquide possible à travers le même parchemin. Ainsi, voilà la raison des hydropisies par le trop-plein de la circulation bien démontrée.

Mais il y a mieux : c'est que, si les conditions dont il vient d'être fait mention donnent la raison de la suffusion séreuse, il existe un autre phénomène, non moins bien prouvé, qui prête encore son concours. Ce phénomène, c'est l'affaiblissement de l'absorption que la congestion elle-même suscite ; et dans ce cas on peut dire qu'il y a d'une part suractivation de la sécrétion, et d'autre part diminution de l'absorption. Il faut prouver ce dernier point : c'est M. Magendie qui s'en est chargé. Cet habile expérimentateur introduit dans la plèvre d'un chien, dans les veines duquel il a préalablement injecté une grande quantité

d'eau, un poison très-actif, et ce poison n'est pas absorbé. Voilà pour la preuve; vient ensuite la contre-épreuve. M. Magendie, en saignant fortement l'animal, dans ces conditions, a remarqué que le poison est immédiatement absorbé, parce qu'on a fait un vide dans les capillaires trop remplis. Si on fait ce vide dans la circulation avant de pousser l'injection aqueuse dans les veines, l'absorption persiste, parce que l'injection en même quantité n'est plus alors suffisante pour remplir les capillaires outre mesure.

Toutes ces expériences, parfaitement concluantes, démontrent irrévocablement que l'augmentation de la quantité du sang est une cause bien palpable d'hydropisie. On a fait aux expériences de M. Magendie une objection qui n'est ni sérieuse ni logique; la voici : M. Magendie, a-t-on dit, ayant injecté de l'eau dans les veines, après les avoir préalablement vidées par une saignée copieuse, n'a aperçu aucun changement dans l'absorption, d'où il a conclu que celle-ci ne dépend pas toujours de la composition du sang. Il faut se garder de croire que cette expérience a une grande valeur : elle prouve, tout au plus, que le mélange d'eau et de sang ne produit aucun effet ; mais est-ce à dire pour cela que les autres altérations du sang sont sans influence? Comment ! M. Magendie injecte de l'eau dans les veines d'un animal sans avoir fait une saignée préalable, et le poison introduit immédiatement dans les plèvres n'est pas absorbé; tandis que, s'il fait une saignée ensuite pour faire un vide dans la circulation, le poison est aussitôt absorbé ! Le même effet d'absorption a lieu si, avant d'injecter l'eau, il fait une saignée copieuse, et cela ne prouve pas grand'chose !

Mais, en vérité, cela prouve par A + B que l'injection aqueuse sans saignée préalable congestionne fortement le système circulatoire et détruit en très-grande partie l'absorption, tandis qu'une large saignée après l'injection dissipe cette congestion et rétablit l'absorption. Tous ces effets ont lieu sans tenir compte des modifications subies par le sang dans ces opérations; car les modifications qu'il subit, savoir sa plus grande fluidification par l'addition de l'eau, ne peuvent que faciliter la sécrétion, sans influencer l'absorption. Ce qui le prouve, c'est que la saignée opérée ensuite, qui a pour propriété, ainsi que nous le savons aujourd'hui, de diminuer principalement les globules rouges du

sang, tendrait à faire prédominer encore davantage la partie aqueuse dans celui-ci, seule modification que l'injection d'eau lui ait imprimée : donc, si l'absorption se rétablit après la saignée, ce n'est point à la modification subie par le sang qu'il faut la rapporter, mais bien au désemplissement des capillaires trop gorgés.

Toutes ces expériences forcent donc à conclure irrévocablement que le trop-plein de la circulation est une cause d'hydropisie. Que parle-t-on de présence d'albumine et de fibrine dans le liquide de ces hydropisies ! Mais voilà une preuve bien évidente, qu'on a presque toujours confondu et qu'on confond encore aujourd'hui les hydropisies par irritation sécrétoire ou inflammatoire avec celles par trop-plein de la circulation. Si on nous donne ce signe de la présence de la fibrine et de l'albumine dans le liquide épanché, comme signe de certaines hydropisies par altération des qualités du sang, nous répondrons, au contraire, que ces hydropisies se distinguent par l'absence complète d'un de ces principes, la fibrine, et la diminution plus ou moins considérable de l'autre, l'albumine. M. Andral a déjà signalé cette différence importante dans les hydropisies; nous-même avons pu la constater dans un certain nombre de cas, et nous en avons déjà cité un où, l'hydropisie étant le résultat de la maladie de Bright, c'est-à-dire où l'altération du sang en qualité se montra à un si haut degré, que le liquide de l'hydropisie ne contenait non-seulement pas de fibrine, mais ne put pas laisser entrevoir un atome d'albumine.

Ce que les anciens entendaient par pléthore, nous l'appelons, nous, le trop-plein de la circulation, trop-plein qui ne peut être démontré, quant à sa limite. Les hydropisies que l'on rattachait autrefois à la pléthore, au moins quelques-unes bien caractérisées d'entre elles, nous les rattachons au trop-plein de la circulation, que ce trop-plein soit survenu brusquement par la cessation d'un flux normal ou anormal, par la suppression d'une sécrétion importante de l'économie, par l'ingestion dans l'estomac d'une trop grande quantité de liquide assimilable, ou qu'il se soit effectué lentement par un surcroît de la nutrition.

Mais la pléthore, telle que nous l'entendons aujourd'hui, c'est-à-dire l'excès des globules rouges du sang, peut coexister par-

faitement avec l'augmentation dans la quantité de liquide, de même que la diminution des globules peut coexister avec l'anémie albuminurique. Si ce fait a lieu, le liquide de l'hydropisie peut alors prendre d'autres caractères, c'est-à-dire devenir rouge, hématique, par la présence d'une certaine quantité de globules ou par la transsudation d'une portion de la partie colorante provenant de la déformation des globules.

La raison de la coloration du liquide en rouge, et, pour remonter plus haut, la fuite d'une partie des globules à travers les capillaires ne pourrait avoir lieu, d'après M. Lebert, que par la rupture des parois de ces capillaires. Qu'on admette le mode que M. Lebert semble vouloir mettre à la hauteur d'un fait acquis par ses recherches microscopiques, ou qu'on admette, comme par le passé, la transsudation sanguine, la coloration du liquide dépend toujours médiatement du même mécanisme. Les globules étant en excès, quand il y a trop-plein dans la circulation, ils sont tassés dans les dernières radicules des capillaires, tandis que le sérum transsude. Plus ce tassement est considérable, plus il produit de pression sur les globules eux-mêmes, d'où leur déformation, et plus la pression se fait aussi sentir sur les parois des capillaires, d'où leur rupture possible, et alors hémorrhagie surajoutée à l'épanchement séreux déjà commencé. Ceci rend compte comment, dans un épanchement des cavités séreuses, on peut rencontrer, suivant des constitutions différentes, sous la pression d'une même cause, un liquide de couleur différente et de nature variée. Posant ces principes qui sont fondés, savoir, que le trop-plein de la circulation aboutit aux suffusions séreuses, que la pléthore ou excès de globules rouges aboutit aux hémorrhagies, suivant que ces dispositions du sang se combineront ou ne se combineront pas ensemble, on aura suffusions séreuses ou hémorrhagies bien distinctes, ou bien suffusions séreuses et hémorrhagies combinées ensemble, comme produits de deux causes combinées ensemble elles-mêmes. Ainsi, toute une série d'hydropisies n'a pour cause que la trop grande quantité de liquide sanguin, quoique, dans un grand nombre d'entre elles, d'autres impulsions morbides puissent ajouter leur effet à celui de la trop grande réplétion de la circulation. C'est ainsi que nous nous rappelons l'histoire d'une jeune fille forte, robuste, d'apparence

très-sanguine, qui, sous l'incubation de la période menstruelle, eut les pieds plongés dans l'eau froide pendant quelques heures, en hiver. Les règles n'apparurent pas, et le surlendemain se montrait une anasarque bien dessinée. Les urines ne présentaient aucune trace d'albumine, seulement leur quantité avait considérablement diminué. La région lombaire était le siége de quelques douleurs gravatives de peu d'intensité; mais un état fébrile assez prononcé et nullement en rapport avec les phénomènes locaux, la dureté et la force du pouls, témoignaient que la circulation était puissamment influencée; en même temps que certaines fonctions, celles des reins et de l'utérus, étaient perverties ou enrayées. Deux petites saignées générales et un régime convenable suffirent pour dissiper la suffusion générale naissante et rappeler les règles à l'époque suivante.

Un tambour-major de la marine du port de Toulon, réputé autant par sa prodigieuse corpulence et l'abondance de son sang que par sa remarquable capacité pour l'ingestion des boissons vineuses (il pouvait, à volonté, boire vingt à vingt-cinq litres de vin dans une séance), devint tout à coup hydropique après plusieurs de ces excès répétés. L'anasarque dont il était frappé ne parut se rattacher à aucune altération des solides; la mort survint assez rapidement, puisque cet homme succombait, le huitième jour de l'invasion, sous l'influence de la réplétion de presque toutes les cavités séreuses par le liquide hydropique. L'accumulation de ce liquide s'était opérée avec une grande activité. Ce malade ne fut pas traité par nous; mais, autant que nous avons pu en juger par le dire des médecins, l'anasarque aurait été suscitée en grande partie par l'altération du sang, qui nous occupe en ce moment. Il est bien vrai que les urines ne furent jamais analysées, pour savoir si elles contenaient ou non de l'albumine. Mais qu'importe? ne sait-on pas que ce n'est pas ainsi que procèdent et marchent les hydropisies par maladie de Bright?

Broussais cite bien l'exemple de deux malades dont l'un, pour se guérir d'une urétrite, achète la ration de tisane de douze de ses compagnons de salle, et la boit; et l'autre, convalescent d'une autre affection et mis au bouillon, achète toutes les rations de bouillon d'un nombre considérable d'autres malades pour les in-

gérer incontinent. Le lendemain de ces curieuses expérimentations, chacun de ces malades était devenu hydropique (1).

2° Hydropisies par anémie albuminurique. — Leur raison d'être et leur mécanisme.

Outre cette altération du sang, l'augmentation de sa quantité, il en est d'autres qui conduisent fatalement à l'hydropisie. La diminution de l'albumine, dans ce liquide, est aujourd'hui le fait le mieux constaté et le mieux étudié, comme cause de suffusions séreuses. Ce fait, déjà entrevu comme probabilité, il y a quelques années, a été nettement établi par MM. Andral et Gavarret. Voici comment s'exprime l'auteur de l'*Hématologie* (2) :

« Il est aujourd'hui généralement reconnu que, si plusieurs hydropisies ont leur cause dans un certain nombre d'altérations de solides, il en est d'autres aussi dont il faut placer le point de départ dans une altération du sang. On a dit d'une manière assez vague que les épanchements séreux pouvaient être la conséquence d'un appauvrissement du sang ou de ce qu'on a appelé une hydrohémie. Je vais examiner cette opinion.

« Et, d'abord, par l'expression d'appauvrissement du sang, on peut entendre des états fort différents de ce liquide. Le sang peut avoir effectivement perdu de sa richesse accoutumée parce qu'il contient ou moins de fibrine, ou moins de globules, ou moins d'albumine. Dans ces trois cas, le sang doit être considéré comme appauvri : tous trois conduisent-ils à l'hydropisie?

« La diminution de la fibrine, quelque loin qu'elle soit portée, n'entraîne certainement pas, comme une de ses conséquences, la formation de cette maladie. Dans les maladies où le sang n'a perdu d'autre principe que sa matière spontanément coagulable, on ne voit pas survenir, comme phénomène ordinaire, d'épanchement dans les aréoles du tissu cellulaire, non plus que dans les cavités des membranes séreuses. Si cet épanchement se produit, alors c'est une exception, et il faut par conséquent lui chercher une autre explication.

(1) Broussais, *Cours de Pathologie et de Thérapeutique générale*, Paris, 1835, t. V, p. 389.

(2) *Essai sur l'Hématologie*, page 148.

« La diminution des globules, qui, pour peu qu'elle soit considérable, amène, comme résultat nécessaire, l'état hydrohémique, est-elle davantage une cause d'hydropisie? On le pense généralement, et cependant il ne me semble pas qu'une observation un peu rigoureuse permette d'adopter cette croyance.

« S'il était vrai que l'hydropisie fût la conséquence ordinaire de la diminution des globules du sang, il s'ensuivrait que la plupart des chlorotiques, celles surtout qui le sont d'une manière très-prononcée, devraient tôt ou tard devenir hydropiques. Dans les cas de chlorose simple, je n'ai jamais vu les cavités séreuses se remplir d'eau, et je n'ai jamais observé non plus de véritable anasarque. Tout au plus peut-on observer chez quelques chlorotiques un léger œdème au pourtour des malléoles, ou un peu de bouffissure des paupières, et voilà tout.

« Chez des hommes atteints d'anémie spontanée et qui n'avaient dans leur sang, comme les filles chlorotiques, qu'une très-faible quantité de globules, je n'ai pas vu davantage l'hydropisie survenir. J'ai dit ailleurs qu'il y a une espèce de cachexie produite par l'influence des émanations saturnines prolongées, cachexie qui se caractérise aussi dans le sang par une grande diminution dans les globules; j'ai traité à la Charité bien des malades de ce genre, je n'ai observé d'hydropisie chez aucun d'eux. Les phthisiques, chez lesquels existe généralement un chiffre assez bas de globules, ne deviennent hydropiques que si les tubercules coïncident avec quelqu'une des affections qui ont pour effet de donner naissance à des épanchements séreux, comme serait une maladie du cœur, du foie ou des reins. Hors les cas de chlorose, j'ai rarement vu les globules descendre aussi bas, l'anémie être aussi prononcée que chez quelques individus épuisés par une affection ancienne de l'estomac. Il y a chez eux, par suite de cette diminution considérable des globules, une hydrohémie bien établie, et cependant ces malades ne m'ont présenté aucune trace d'hydropisie. » Plus loin, M. Andral ajoute que, même dans les cas où les malades ont eu leur sang rapidement dépouillé de globules, par suite de perte subite d'une grande quantité de ce liquide, les hydropisies ne surviennent que d'une manière exceptionnelle. Il cite à l'appui l'exemple d'une jeune femme qui, quelques jours avant d'entrer dans son service, et bien portante

jusque-là, avait éprouvé une métrorrhagie tellement grave qu'elle ressemblait à une chlorotique des plus avancées. Un bruit de souffle très-fort se faisait entendre aux carotides et au cœur. Cette femme était si faible et si épuisée, qu'on pouvait croire qu'elle expirerait au milieu d'une des syncopes continuelles dans lesquelles elle tombait. Plus de deux mois s'écoulèrent avant que cette femme pût sortir de son lit. Au bout de ce temps, elle conservait encore son bruit de souffle au cœur et aux carotides ; et cependant M. Andral ne put remarquer, pendant tout ce temps, comme ultérieurement, jusqu'à la sortie de l'hôpital, la moindre trace de suffusion séreuse. Enfin, M. Andral finit par conclure que, chez les malades où il y a diminution des globules, quand une hydropisie survient, il faut rationnellement admettre qu'il se passe un autre phénomène. Et, considérant ce qui se passe dans la maladie de Bright, qui aboutit tôt ou tard à l'hydropisie, et dans laquelle la fuite de l'albumine, par les voies urinaires, dépouille le sang de partie de ce principe, il cherche à démontrer que la diminution de l'albumine du sang pourrait bien être la cause des suffusions séreuses chez ces malades. Enfin, devenant plus affirmatif, quoique sans preuve directe, l'auteur de l'*Hématologie* soutient qu'on est en droit d'affirmer qu'il n'y a qu'une seule sorte d'altération de composition du sang qui entraîne à sa suite, et nécessairement, l'hydropisie, c'est la diminution de l'albumine. Mais, d'après lui, jusqu'à présent on n'a vu la diminution de l'albumine dans le sang humain que quand celui-ci a perdu de ce principe par la voie des reins (1). Tel était donc l'état où M. Andral avait laissé la science par rapport aux hydropisies par altération du sang. Mais depuis, on a été plus loin, et ce qui, dans la bouche du célèbre professeur, n'était qu'une induction rationnelle, est devenu un fait expérimentalement prouvé entre les mains d'autres observateurs.

Mettons de l'ordre et de la précision dans notre exposé, car nous sommes ici au cœur de la question pour les hydropisies par altération du sang.

D'après les recherches de M. Andral, il était presque complé-

(1) Andral, *loc. cit.*, p. 155, 156.

tement prouvé que la diminution des globules du sang et l'augmentation de son eau ne sont pas suffisantes pour déterminer l'hydropisie. Deux observations, publiées par nous dans la *Gazette des hôpitaux*, avec analyse du sang, mettent ce fait hors de toute contestation, et démontrent qu'à ces deux altérations peut se joindre une diminution de la fibrine, sans que l'hydropisie s'ensuive davantage, si l'albumine reste à l'état normal ou au-dessus.

Dans la première observation, il s'agissait d'une femme de trente ans, ouvrière en crayons, à Givet, qui, à la suite de métrorrhagies successives et abondantes, avait été réduite à un état profond d'anémie. Bruit de souffle au cœur et aux carotides, syncopes très-fréquentes, bourdonnement continuel des oreilles, éblouissement de la vue, pouls filiforme, tel était son état, quand, l'hémorrhagie continuant et mettant la vie en danger, le seigle ergoté, administré à très-haute dose en lavements, et la compression de l'aorte ventrale, finirent par maîtriser la perte de sang. Nous avions retiré préalablement 80 grammes de ce liquide pour en faire l'analyse, qui fut exécutée avec la plus grande exactitude.

Voici les proportions sur mille que fournit le sang :

Fibrine	1,04
Globules	78,92
Albumine	104,50
Sels anorganiques	9,00
Eau	806,54
	1000

Chez une jeune dame de vingt-huit ans, épuisée par de longues maladies, ayant subi des saignées nombreuses et successives, chaque époque menstruelle était suivie d'une vraie métrorrhagie qui s'arrêtait d'elle-même au bout de deux à trois jours. Aucune altération appréciable de l'utérus ne rendait compte chez cette malade, comme chez la précédente, des pertes abondantes de sang qui entraînaient de plus en plus une faiblesse considérable.

Une saignée de 80 grammes lui ayant été pratiquée, nous pûmes analyser le sang, qui donna les proportions suivantes :

Fibrine	0,78
Globules	78,51
Albumine	105,67
Sels anorganiques	8,64
Eau	806,40
	1000 (1)

Nous avons pu suivre pendant longtemps ces deux malades, et jamais nous n'avons pu percevoir la moindre trace de suffusion séreuse. Cependant, chez l'une comme chez l'autre, les globules étaient tombés à un chiffre bien bas. La fibrine, chez la dernière, était descendue à un chiffre tel qu'on n'en trouve peut-être pas d'exemple, excepté dans certains typhus graves. Mais l'albumine, loin d'avoir diminué, se trouvait portée, surtout chez la dernière malade, à un chiffre très-élevé au-dessus de la normale. Nous ne voulons faire ressortir de ces deux cas que les réflexions qui sont opportunes pour notre sujet, c'est-à-dire que l'anémie, sous le rapport des globules et de la fibrine, n'entraîne pas l'hydropisie à sa suite. Ces deux observations remarquables peuvent faire suite aux analyses de sang fournies par M. Andral sur des chlorotiques, et qui concourent à prouver le même fait.

Le docteur Burrows, Christison et d'autres auteurs anglais avaient déjà constaté, à l'analyse, la diminution de l'albumine du sang chez des hydropiques atteints de la maladie de Bright. M. Andral, par des analyses plus exactes, est venu, plus tard, vérifier le même fait, que des analyses ultérieures, faites par MM. Becquerel et Rodier, et puis, enfin, par nous, ont pleinement confirmé.

M. Andral, qui concluait donc que la diminution de l'albumine du sang est une cause essentielle d'hydropisie, ne s'appuyait que sur ce qui a lieu pour la maladie de Bright. Il soutenait que, dans cette maladie, l'affection spéciale du rein ne joue qu'un rôle fort secondaire pour la production de l'hydropisie, et que la fuite de l'albumine par les urines en est la cause fondamentale, par la diminution de ce principe dans le sang. Nous ferons voir, dans

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 280.

un autre chapitre, en quoi M. Andral s'écarte peut-être un peu d'une saine observation dans ce cas. Toutefois la diminution de l'albumine du sang demeura comme la cause la plus avérée de l'hydropisie, toutes les fois que l'urine se montre albumineuse. Les autres cas ne pouvaient être admis que par induction, et non par expérimentation directe.

Le 5 mars 1850, MM. Becquerel et Rodier présentaient à l'académie de médecine un mémoire basé sur des analyses nombreuses de sang, et qui devait imprimer un progrès réel dans l'étude des hydropisies par altération de ce liquide. Voici les conclusions de ces auteurs au sujet de ce mémoire :

1° De même qu'il existe une anémie par diminution de proportion des globules du sang, on doit admettre également un état pathologique particulier, caractérisé par l'abaissement de l'albumine du sérum.

2° Cette diminution de l'albumine du sérum peut se produire d'une manière rapide ; elle se traduit alors par de la pâleur, une teinte jaunâtre de la face, une grande débilité, et surtout une anasarque générale sans albumine dans les urines.

3° Un grand nombre d'hydropisies, regardées encore comme essentielles aujourd'hui, doivent manifestement être attribuées à cette cause pathologique.

4° La diminution de l'albumine du sérum peut se développer avec lenteur ; elle constitue alors un état pathologique chronique qui se traduit par des signes particuliers, qui sont : la pâleur, avec teinte jaunâtre de la face, une débilité extrême, enfin une hydropisie générale plus ou moins intense, sans albumine dans les urines.

5° La plupart des hydropisies, regardées autrefois comme essentielles et positives, rentrent dans le cas précédent.

6° La diminution de proportion d'albumine du sang produite d'une manière aiguë ou chronique est complétement indépendante de l'abaissement du chiffre des globules. Ces deux altérations du sang existent cependant très-souvent ensemble, et c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui prédomine.

7° La diminution de proportion des globules est tout à fait incapable de déterminer une hydropisie, à moins que la diminution de l'albumine du sérum soit venue s'y ajouter.

8° Les accidents qui viennent se joindre à ceux précédemment exposés, lorsque la diminution des globules survient comme complication, sont : un bruit de souffle au premier temps du cœur, un souffle continu dans les jugulaires ou intermittent dans les carotides, de la dyspnée et des palpitations.

9° Les causes capables de déterminer la diminution lente et chronique de l'albumine dans le sang sont : une alimentation insuffisante, des pertes sanguines considérables, une diète longtemps prolongée, l'intoxication paludéenne.

10° Les mêmes effets se produisent sous l'influence de maladies organiques, telles qu'une affection du cœur, une maladie de Bright, et constituent un état cachectique, une cachexie.

11° L'état pathologique, auquel on donne en général le nom de cachexie n'est autre que l'ensemble des symptômes qui résulte de la diminution de la proportion d'albumine unie ou non à un certain degré d'abaissement du chiffre des globules. La première rend bien compte des hydropisies qui y sont si fréquentes, de la décoloration de la peau et de l'affaiblissement profond des malades; la deuxième explique les bruits de souffle cardiaques et vasculaires, la dyspnée, les palpitations, etc.

12° Les distinctions précédentes exercent une grave influence, et doivent être prises en grande considération dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des hydropisies.

D'après cet exposé des conclusions de MM. Becquerel et Rodier, on voit que, expérimentalement, on est fondé à admettre l'anémie albuminurique, ou la diminution de l'albumine du sang, comme la cause réelle d'une foule d'hydropisies, classées auparavant parmi celles dites essentielles, et quelques-unes comprises parmi celles regardées comme consécutives à l'altération des solides.

Peut-être que quelques-unes des propositions de ces deux médecins distingués sont contestables sous quelques rapports, mais le fait capital a été vérifié par nous avant que ces confrères eussent adressé leur mémoire à l'académie, et depuis. Certaines hydropisies reconnaissent donc pour cause unique la diminution de l'albumine du sang; ce fait est incontestable. Mais cette diminution de l'albumine peut dépendre de la fuite de ce principe par les urines (sans maladie de Bright), et par effet de la

disposition du liquide sanguin à la suite de différents états morbides, ou bien par le dernier effet seulement.

Comme preuve, nous allons citer deux faits très-concluants au milieu de plusieurs autres qui sont en notre possession, et ces faits suffiront pour légitimer notre divergence d'opinion avec MM. Becquerel et Rodier, qui veulent que cette diminution de l'albumine du sang existe toujours sans albuminurie.

Dès le mois de janvier 1849, nous occupant à analyser tous les jours les urines de chaque malade placé dans notre service d'hôpital, nous avions rencontré, comme nous l'avons déjà dit (page 52), dans des cas assez nombreux et divers, une albuminurie fugace, c'est-à-dire ne durant que quelques jours. Nous fûmes frappé de trouver cette même albuminurie dans trois cas de fièvre d'accès reproduits chez trois malades différents et à des intervalles éloignés (1). Chacun de ces accès, tenant à une intoxication paludéenne, avait eu une intensité remarquable ; et l'albuminurie, apparue après chaque accès, disparut le lendemain.

Cette découverte nous porta à supposer que, chez les sujets soumis depuis longtemps à des fièvres de marais, l'albuminurie, quoique fugace, pourrait bien se produire à différentes reprises sous l'influence d'accès répétés et intenses, et qu'ainsi réitérée elle devait suffire pour déterminer l'anémie albuminurique et la disposition aux hydropisies, chose si fréquente chez les fébricitants anciens. L'occasion de vérifier ce fait se présenta dans le courant des années 1849 et 1850, pendant que nous étions au Val-de-Grâce. Là, nous avons pu constater chez deux malades revenus d'Afrique, où ils avaient eu les fièvres pendant longtemps et à diverses époques, et repris de ces mêmes fièvres à Paris, une albuminurie fugace, coexistant avec chaque accès. Ces deux malades, que nous avons vus devenir anasarques sous nos yeux, ont eu pour cause de l'hydropisie l'anémie albuminurique, puisqu'à l'analyse du sang, l'albumine était descendue aux chiffres de 50 pour l'un, et 53 pour l'autre. Cette anémie albuminurique était bien, en partie au moins, le résultat de l'albuminurie. Celle-ci ne se reproduisit plus dès que les accès de fièvre furent dissipés. L'autopsie de l'un de ces malades, nommé

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, janvier 1850, p. 26.

Lacroix, garde républicain, et succombé un an après à une autre affection, ne démontra pas la moindre altération rénale qui pût révéler un des degrés de la maladie de Bright. Notre ami Tholozan examina les reins de ce militaire conjointement avec nous.

Mais voici le cas le plus frappant, et qui ne date que de quelques jours. Nous le reproduirons *in extenso* aussi brièvement que possible :

Le nommé Santoni, jeune recrue du village de Lévie (Corse), a été atteint pour la première fois de fièvre intermittente paludéenne à type quotidien le 20 juillet 1846. Chaque année suivante, aux mêmes époques, les fièvres ont récidivé en variant de type. Il ne les a jamais gardées moins de quatre mois chaque fois. Entré à l'hôpital d'Ajaccio, le 12 janvier 1851, il présente l'état suivant : Constitution moyenne, vingt et un ans, teint pâle et terreux. Accès de fièvre quarte la veille de l'entrée à l'hôpital, accès caractérisé seulement par le stade de froid qui a duré trois heures, et le stade de chaud qui n'a duré que trois heures et demie à quatre heures. Les urines, analysées le 13, au moyen de l'eau bouillante et de l'acide azotique, donnent un notable précipité albumineux. La rate présente, à la plessimétrie, un diamètre vertical de 13 centimètres, un diamètre transversal de 19 centimètres.

Le 14, urines albumineuses comme la veille, ainsi que le 15. Le 15 au soir, nouvel accès de fièvre, malgré l'usage du sulfate de quinine à 6 décigrammes. Le 16, urines albumineuses. Jusque-là notre malade n'avait présenté aucune trace de suffusions séreuses. Mais en raison de la persistance de l'albuminurie, nous croyons pouvoir prédire l'apparition prochaine de cet épiphénomène. Les deux jours suivants, l'albuminurie persiste, à quelque heure du jour qu'on examine les urines. Le 18, l'accès manque sous l'influence de 8 décigrammes de sulfate de quinine. Le 19 au matin, les urines ne contiennent qu'une faible quantité d'albumine. Le 20, pas de trace d'albuminurie, mais empâtement, infiltration du tissu cellulaire sous-cutané aux extrémités inférieures et aux parois abdominales. Le 21, pas d'albuminurie, l'infiltration a gagné le tronc et la face. La percussion médiate, exercée suivant différentes positions données au malade, démontre l'existence d'une certaine quantité de liquide épanché dans le péritoine. Le 23, la fièvre reparaît, les urines se montrent encore

albumineuses à la suite de l'accès, et se maintiennent dans cette condition les 24 et 25. Le cubèbe, à la dose de 3 grammes, associé à 6 décigrammes de copahu dans 120 grammes d'eau, le tout pris en une seule fois, fait manquer l'accès suivant ; à dater de ce moment on n'observe plus d'albuminurie. Deux nouvelles portions de cubèbe et copahu sont prises, les jours suivants, par notre malade, à qui le sous-carbonate de fer est administré conjointement. Le 27, la mensuration du ventre au niveau de l'ombilic donne 89 centimètres; l'ondulation de la colonne de liquide contenu dans la cavité péritonéale est manifeste à la main appliquée sur le ventre, pendant qu'un doigt de l'autre main percute sur un point opposé. L'ascite a augmenté. Pendant 15 jours, une alimentation copieuse et tonique ; les préparations de fer et quelques purgatifs salins font les frais du traitement. Le 25 février, le malade a repris des forces, sa face se colore en rouge, le ventre est affaissé et ne donne plus à la mensuration que 65 centimètres ; l'infiltration sous-cutanée a disparu partout. Cet effet a été le résultat d'une diurèse abondante qui a jugé la suffusion séreuse.

Chez ce malade, l'hydropisie a été de toute évidence le produit de l'anémie albuminurique, car aucun organe, excepté la rate, ne présentait une augmentation dans son volume, et encore moins une altération d'autre genre. L'anémie albuminurique a été due, sinon en totalité, du moins en partie, à l'albuminurie qui s'est manifestée pendant un certain nombre de jours en notre présence, et coïncidant avec les accès de fièvre ; nous ne pouvons savoir si elle existait déjà avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Cette observation démontre aussi mathématiquement que possible que, s'il existe, à la suite des fièvres paludéennes invétérées, une anémie albuminurique qui dispose aux hydropisies, cette anémie peut procéder en partie de l'albuminurie qui accompagne fréquemment ces fièvres, sans exclure d'autres procédés par lesquels le sang est dépouillé de son albumine.

L'un de nos confrères, M. le médecin adjoint Milliet, qui a exercé quelque temps en Afrique, nous a assuré, sur la communication que nous lui faisions du cas que nous venons de rapporter, qu'il avait eu fréquemment l'occasion d'observer de l'albuminurie chez les fébricitants invétérés de la terre d'Afrique.

Nul doute que l'observation ne s'empare de ce fait tout nou-

veau, et que nos confrères, qui pratiquent sur une vaste échelle en Algérie, n'apportent, d'ici à peu, une série de faits pour corroborer les nôtres (1).

Ce n'est point l'anémie telle qu'on la comprenait autrefois, ce n'est point la diminution des globules du sang ni de sa fibrine, ce n'est point l'augmentation relative de son sérum, qui conduisent aux suffusions séreuses, mais bien la chute de l'albumine, qu'elle soit liée ou non à la diminution des autres parties constituantes du liquide sanguin.

Ainsi que l'ont annoncé MM. Becquerel et Rodier, nous comprenons que cette diminution de l'albumine puisse s'opérer lentement ou rapidement, suivant que les causes agiront avec plus ou moins d'intensité. C'est sans contredit à cette anémie albuminurique qu'il faut rapporter un nombre considérable d'hydropisies qui surviennent à la suite de maladies longues avec épuisement des malades, de diverses tumeurs cancéreuses ou autres qui, par leur position, ne peuvent rendre un compte suffisant des hydropisies, puisqu'elles ne compriment aucun tronc veineux important.

Ainsi se trouve dévoilée la cause mystérieuse d'une foule d'hydropisies restées classées jusque-là dans des ordres douteux, ou faussement interprétées, pour être rapportées à des causes qui ne peuvent matériellement leur donner naissance.

Voici un exemple où l'anémie albuminurique semble s'être produite avec rapidité :

Favier, jeune soldat au 31e de ligne, vingt-trois ans, constitution moyenne, lymphatique sanguin, n'ayant jamais été positivement malade depuis son entrée au corps, qui date de 14 mois, mais ayant éprouvé de temps en temps des lassitudes et du malaise avec perte d'appétit, se trouvait, depuis quinze jours, sous l'influence d'une faiblesse prononcée avec éblouissement de la vue et tintement dans les oreilles, quand il fut dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce, le 25 septembre 1850. Favier fut admis dans notre service. Ce malade ne nous accusa que de l'inappétence, avec les symptômes précédemment énumérés. Du reste, ni diarrhée, ni

(1) Depuis, nous avons pu observer encore trois faits analogues, à Ajaccio, dans le courant de juillet, août et septembre 1851.

céphalalgie bien avérée, ni douleur nulle part. Le ventre était indolent et souple, le pouls petit, faible sans fréquence ; il y avait des palpitations de loin en loin. L'exploration du cœur, lors de notre examen, présentait un rhythme régulier, des bruits un peu affaiblis, mais normaux, et une impulsion assez obscure. La sonorité de la région précordiale était dans les limites physiologiques; pas de souffle carotidien ; absence du même bruit aux jugulaires. La plessimétrie donnait au foie et à la rate des limites physiologiques. Il n'y avait à la peau ni taches rosées ni éruption d'aucune espèce. L'organisme semblait dans un état de prostration ; voilà ce qu'il y avait de plus marqué. Nous crûmes à l'existence d'un état adynamique.

Le traitement consista d'abord en quelques toniques précédés d'un purgatif salin. Quelques jours plus tard, les extrémités inférieures étaient le siége d'un œdème appréciable, et quelques petites taches rouges lie de vin, d'un très-petit diamètre, d'une demi-ligne au plus, apparaissaient sur ces parties. Le lendemain, 7 octobre, l'œdème sous-cutané se généralisait ; les urines, analysées tous les jours depuis l'entrée, n'avaient jamais offert de traces d'albumine, et avaient toujours été aussi copieuses qu'à l'état normal, au dire du malade.

Nous fîmes pratiquer immédiatement une saignée de 80 grammes pour analyser le sang, les préparations de fer avec les toniques furent continuées.

Le sang fournit, à l'analyse, les proportions suivantes sur 1,000.

Fibrine	3,17
Globules	117,95
Matériaux organiques	63,52
Eau	815,36
	1000

Le 10 octobre, l'anasarque était très-prononcée; la cavité péritonéale, celles des plèvres contenaient de la sérosité épanchée et révélée à un examen direct bien précis. Le péricarde lui-même paraissait le siége d'une collection moyenne, indiquée par une matité de 7 centimètres de haut en bas et 9 transversalement ; l'éloignement des battements avec absence de toute impulsion du cœur et la faiblesse très-grande des bruits.

Après avoir eu le secours de l'analyse du sang, nous insistâmes sur le traitement institué, auquel fut adjoint un régime fortifiant et approprié aux forces du malade. Bref, deux mois après, Favier quittait l'hôpital parfaitement guéri. Les diverses collections séreuses avaient été jugées par une diurèse prononcée qui persista pendant neuf jours. Quand la diurèse voulut s'établir, les urines devinrent briquetées, sédimenteuses ; puis en deux jours elles reprirent leur aspect citrin et dépassèrent deux litres et demi dans les 24 heures. Avec la diurèse, se montra aussi une diaphorèse tellement abondante, que le malade devait changer cinq et six fois par jour de chemise ; les matelas étaient traversés par cette abondante transpiration. La diaphorèse survécut à la diurèse, et persista assez longtemps après la disparition de l'hydropisie ; elle devint même menaçante par sa persistance, et nécessita l'emploi du quinquina. Voilà, sans contredit, un exemple frappant et irrécusable d'hydropisie par altération du sang, anémie albuminurique. L'absence de toutes lésions capables de justifier ces épanchements séreux, la prostration considérable du sujet sans autre trouble saillant, auraient presque suffi à indiquer la source de l'hydropisie ; l'analyse du sang est venue confirmer la diminution de l'albumine, diminution très-prononcée, puisque les matériaux organiques étant à 63,52, il faut en déduire les sels anorganiques, dont la moyenne est de 7 à 8, ce qui réduit l'albumine à 55 ou 56,52, c'est-à-dire à un chiffre très-bas, sa moyenne étant de 70 environ. Il y a mieux, ce fait rentre pleinement dans les cas d'anémie albuminurique aiguë de MM. Becquerel et Rodier, puisque cette altération du sang est survenue chez notre malade sans avoir été précédée de maladie longue, de fièvre intermittente répétée ou d'intoxication paludéenne, sans avoir été causée par une nourriture insuffisante ou malsaine. Elle se lie à un trouble spontané de tout l'organisme, dont la principale manifestation a été une prostration considérable, et plus tard, quelques taches sanguines sous-épidermiques aux extrémités inférieures. Ainsi se trouve bien et définitivement établie une altération du sang qui donne lieu à une classe si étendue d'hydropisies, l'anémie albuminurique. Cette altération du sang, d'abord observée à la suite de certaines lésions organiques des reins, avait été admise par induction dans d'autres

cas sans les mêmes altérations, la théorie seule pouvait alors faire présumer son existence. Aujourd'hui elle est confirmée par des faits rigoureux et précis, où l'analyse du sang a pu la montrer à nu ; c'est une conquête en faveur de la médecine moderne, conquête dont les bienfaits sont saisissants, puisqu'elle permet de traiter d'une manière convenable et rationnelle cette foule d'hydropisies qui en découlent, et qui étaient prises jusque-là, pour la plupart, pour des hydropisies essentielles.

Cette découverte a encore cela d'important, qu'elle permet d'expliquer comment certaines altérations des solides, qui sont suivies, dans quelques cas, de suffusions séreuses, ne donnent pas lieu aux mêmes épiphénomènes dans d'autres ; mais nous réservons cette question tout entière pour le moment où nous traiterons des hydropisies de notre troisième classe.

On est à même de voir aujourd'hui l'erreur grossière dans laquelle étaient tombés tous les auteurs qui avaient admis les altérations du sang comme causes d'hydropisie. Ils croyaient tous, jusqu'à nos plus modernes écrivains, que les maladies chroniques qui amènent l'anémie, que la chlorose, les pertes de sang excessives et réitérées étaient autant de causes des suffusions séreuses. Cullen, ce sagace observateur, qui avait admis une hydropisie universelle par relâchement des vaisseaux exhalants, ce qu'il appelait diathèse hydropique, avait entrevu un fait de haute importance, mais sans en deviner la véritable source.

Il n'est pas indifférent de connaître comment Cullen et d'autres auteurs avec lui, interprétaient l'action des pertes considérables de sang qui conduisent quelquefois, quoique rarement, à l'hydropisie. Cullen et ces auteurs pensent que ces pertes considérables, en enlevant au sang une grande quantité de globules et de gluten, agents qui retiennent le sérum dans les vaisseaux, font que celui-ci s'échappe plus facilement par les vaisseaux exhalants. Cullen va même plus loin, il accorde une certaine part aux puissances assimilatrices qui fournissent, dans un temps donné, les mêmes portions de partie aqueuse et moins de globules rouges et de gluten par la détérioration des fonctions digestives ; en sorte que, d'après lui, la digestion ajoute à l'effet des pertes de sang et concourt à augmenter le sérum. Cette citation sert à nous faire apprécier combien Cullen avait été avant

dans l'explication de ces hydropisies, sans pouvoir trouver précisément le mot de l'énigme. Il avait trouvé la raison de la chlorose ou anémie globuline.

M. Andral et nous-même avons prouvé que les pertes, même considérables, de sang n'aboutissent pas à l'hydropisie; et les raisons données sont péremptoires. Cependant on observe, surtout chez les enfants, des hydropisies consécutives à ces pertes; c'est qu'alors l'albumine elle-même est tombée au-dessous de son chiffre normal.

Nous savons que les saignées ont pour propriété de faire baisser rapidement les globules et peu la fibrine. Mais, si les saignées ont lieu coup sur coup et en très-grande quantité, elles ébranlent toutes les parties constituantes du sang; globules, fibrine et albumine diminuent alors, tandis que le sérum prédomine. C'est ce qui a lieu, à coup sûr, quand l'hydropisie apparaît à la suite de pertes excessives de sang.

Symptomatologie. Après avoir donné les deux altérations du sang que, dans l'état de la science, on peut admettre seules comme causes d'hydropisies; après avoir démontré aussi rigoureusement que possible comment ces altérations déterminent les suffusions séreuses, il nous reste à énumérer les symptômes saillants qui servent à les faire reconnaître, comme les médications qui doivent être mises en usage pour les combattre.

La symptomatologie est bien différente suivant que l'hydropisie résulte de l'anémie albuminurique ou de la trop grande quantité du liquide sanguin. Le contraste est frappant. En thèse générale, dans le dernier cas, l'hydropisie apparaît avec spontanéité, marche rapidement, et se distingue par l'acuité des symptômes de réaction qui l'accompagnent. Sous ce rapport, la dénomination d'active lui serait justement applicable, si une pareille dénomination pouvait encore servir de terme de division. La symptomatologie de cette suffusion séreuse a quelque chose de commun avec celle des hydropisies par irritation sécrétoire ou inflammatoire. Dans ces deux dernières, les douleurs locales, l'examen direct de l'organe en souffrance mettent à l'abri de la confusion quand la constitution individuelle peut y prêter. L'hydropisie par exubérance sanguine ne peut atteindre que des sujets à capillaires saillants, partant des sujets colorés, à

turgescence cutanée manifeste, ou des personnes qui, pour un motif quelconque, auraient ingéré une trop grande quantité de liquide dans l'estomac, deux circonstances qui doivent servir de guide au praticien.

D'où l'on peut conclure que la rapidité de la marche de l'hydropisie, la présence des phénomènes prononcés de réaction, forment, avec la constitution sanguine du sujet, le principal aspect des suffusions séreuses par exubérance du sang. Le diagnostic différentiel fait distinguer ensuite ces hydropisies de celles qui, avec la même symptomatologie et les mêmes conditions individuelles, appartiennent à des causes différentes; et ce diagnostic différentiel sera aussi nettement posé que possible quand nous traiterons de ces maladies par voie de région.

De même que les hydropisies par exubérance du sang ont une physionomie particulière qui se ressent de l'activité du système sanguin qui la produit, de même les hydropisies par anémie albuminurique ont un cachet propre qui est le stigmate de l'appauvrissement du liquide sanguin. Si les unes apparaissent sur des personnes à teint rouge plus ou moins vif, à turgescence cutanée plus ou moins considérable, les autres surgissent chez des sujets dont la pâleur et l'affaiblissement dénotent la misère du liquide nourricier. Ici, que l'anémie albuminurique survienne rapidement ou lentement, l'aspect du sujet frappé ne différera que du plus au moins; mais la décoloration de la peau, l'essoufflement, la faiblesse en feront toujours les principaux caractères. La suffusion séreuse, quoique s'effectuant avec plus de rapidité dans le premier cas, n'en conservera pas moins que dans le second un caractère particulier d'atonie qui résulte de la langueur de l'économie; les phénomènes de réaction seront nuls dans un cas comme dans l'autre, à moins de maladie concomitante. Dans l'un comme dans l'autre cas, la suffusion séreuse a un caractère de généralité, et se fait ressentir dans tout le système séreux, parce que la source en est dans un système général. Quand l'anémie albuminurique marche de pair avec l'abaissement considérable des globules, les hydropiques présentent les caractères des chlorotiques : bruits de souffle au cœur et aux carotides, tendance aux lypothimies. C'est surtout chez les hydropiques par anémie albuminurique chronique que ces derniers signes sont

plus saillants. Cependant les signes propres à la chlorose, pour être moins prononcés, existent toujours chez les hydropiques par anémie albuminurique aiguë, car la diminution de l'albumine est toujours coïncidente avec une diminution de globules. On voit, d'après ce que nous venons de dire, que la symptomatologie des hydropisies par altération du sang est tranchée. Il est vrai que plusieurs autres hydropisies de nature différente pourraient présenter une certaine conformité de symptômes avec elles ; mais nous verrons plus tard combien l'erreur est facile à éviter.

Traitement. Le traitement des hydropisies par altérations du sang apparaît bien dessiné, soit que les suffusions séreuses appartiennent à l'une ou à l'autre des deux altérations que nous avons admises.

Y a-t-il hydropisie par trop plein de la circulation ? évidemment il faut opérer un vide dans cette circulation même, pour arrêter le développement de la collection séreuse en voie de progression. Et dans le cas où elle serait accomplie, la saignée a le double avantage de soustraire au système circulatoire une quantité du liquide en trop grande abondance, partant d'enlever des matériaux pour l'accroissement de la suffusion, tandis qu'elle rend à l'absorption, ainsi que les expériences de M. Magendie le prouvent, son activité qu'elle avait perdue. Par des raisons tout aussi logiques, l'abstinence des boissons qui peuvent ajouter des matériaux au sérum du sang, une diète bien entendue, conduisent aux mêmes fins et secondent merveilleusement les effets des évacuations sanguines. Tel est, sans rien préciser de plus pour le moment, la ligne de conduite que le traitement doit s'imposer pour combattre les hydropisies dues à la trop grande réplétion des vaisseaux sanguins, hydropisies qui, du reste, sont aussi rapides à rétrocéder qu'à marcher.

Les indications à remplir dans les hydropisies par anémie albuminurique ne sont pas moins bien tracées que dans le cas précédent, quoique les moyens à mettre en usage n'offrent pas les mêmes raisons et les mêmes garanties de succès. Le sang est appauvri dans ces sortes d'hydropisies. Il faut donc le restaurer, telle est l'indication rationnelle. Plus il sera appauvri, plus la lutte sera longue. Mais comment restaurer l'albumine du sang quand on ne connaît pas au juste la manière de faire remonter

les globules? Nous n'avons pas à discuter dans ce moment les divers moyens à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat. Toutefois nous pouvons laisser entrevoir qu'une alimentation convenable et appropriée doit marcher au premier rang. Tout ce qui est susceptible de relever les forces remplira le but; en tout cas, la pratique doit tendre vers ce but capital, relever les forces, restaurer le sang, pour ne s'adresser que plus tard aux collections séreuses elles-mêmes, qui ne résistent pas d'ordinaire quand l'organisme reprend, par une nutrition bien accomplie, les forces et la puissance de fonctions qu'il avait perdues.

Le secret de la médecine est ici dans la connaissance la plus complète de la physiologie humaine. Ramener la machine à son fonctionnement physiologique, là est le nœud de la question. Ce ne doit être qu'exceptionnellement que l'art opératoire doit intervenir pour l'élimination du liquide au dehors; car, quelle que soit l'altération du sang, la suffusion séreuse devient toujours curable s'il reste dans le sujet assez de ressources pour résister et donner au sang le temps de récupérer ses principes diminués. Il n'y a souvent qu'une question de temps.

IIIe CLASSE.

HYDROPISIES MIXTES OU PROVENANT SIMULTANÉMENT D'UNE ALTÉRATION DE SOLIDES ET DU SANG, QUELLE QUE SOIT CELLE DES DEUX ALTÉRATIONS QUI AIT PRÉEXISTÉ POUR DONNER NAISSANCE A LA SECONDE OU EN ÊTRE ACCOMPAGNÉE.

Quand on saisit d'un coup d'œil précis les corrélations qui existent souvent entre les altérations du sang et celles des solides, on est rigoureusement conduit à faire une classe entière et nombreuse d'hydropisies, reconnaissant cette double lésion pour point de départ. Aussi pensons-nous que, quand nous aurons donné nos développements sur ce point et groupé ces hydropisies, il sera bien difficile de trouver quelque suffusion séreuse qui ne puisse trouver logiquement place dans l'une des trois classes admises par nous.

Il faut dire, à l'avantage des auteurs du compendium, que, tout en admettant une classe d'hydropisies *incertæ sedis*, ils s'étaient demandé si quelques-unes d'entre elles ne sont pas réellement le

résultat d'une altération générale des solides et du sang? Ils penchent vers cette opinion sans oser se prononcer. Ils ont effleuré la question sans oser l'aborder de front; ce qui cependant en vaut la peine, au point où en est arrivée la science aujourd'hui. Les hydropisies qui avaient attiré leur attention à ce sujet sont surtout celles rapportées par Hippocrate aux crudités de l'estomac; celles que les observations du docteur Peddée semblent rapporter à l'usage exclusif des pommes de terre de mauvaise qualité; celles dans le même genre qui, au dire des historiens, auraient paru en plusieurs contrées, dans des temps où sévissaient avec fureur la misère et la disette, et dont Gaspard a été témoin plus tard sur des habitants de la campagne, privés d'aliments solides, contraints de se nourrir, comme les animaux, de plantes herbacées et de racines qu'ils arrachaient du sein de la terre; les hydropisies encore qui surviennent chez des prisonniers dont la nourriture est malsaine et insuffisante. A coup sûr, toutes les hydropisies dont il est question se rapportent, ainsi que les conclusions du mémoire de MM. Becquerel et Rodier l'établissent, à une altération du sang, l'anémie albuminurique, en raison de la cachexie particulière imprimée à l'organisme par les diverses circonstances où les sujets se sont trouvés placés. Mais cette altération du sang n'existe pas réellement seule, et tous les solides ont subi à leur tour des lésions qui concourent pour leur part à la perpétration des hydropisies, ce que nous prouverons bientôt.

Nous devons, pour faire apprécier la part que les altérations du sang et des solides prennent à l'apparition de certaines suffusions séreuses, et par conséquent pour bien établir cette classe, commencer par celles où l'action de cette double lésion est manifeste et parfaitement évidente; nous voulons parler des hydropisies qui accompagnent la maladie de Bright.

Hydropisies par néphrite albumineuse. — Sans nous occuper maintenant à rechercher si, dans la maladie en question, c'est l'altération du sang qui donne naissance à la lésion spéciale du rein, comme quelques rares auteurs penchent à le croire, ou si c'est la lésion rénale qui, en suscitant l'albuminurie, porte le trouble dans la circulation pour appauvrir le sang de son albumine, ainsi que le

veulent la plupart de ceux qui se sont occupés de la matière, nous devons constater et prouver deux faits, savoir : que toujours, quand il y a hydropisie par maladie de Bright, le sang se trouve altéré dans sa composition, et que, presque toujours, on découvre sur les reins les traces des divers degrés de la maladie, primitivement découverte par Bright et beaucoup mieux étudiée par M. Rayer. Il nous restera ensuite à déterminer la part que l'une et l'autre de ces altérations apportent à la production des épanchements séreux. Nous avons dit, ailleurs, que des auteurs anglais avaient déjà signalé la diminution de l'albumine du sang dans la maladie de Bright ; que M. Andral, par des analyses beaucoup plus précises, avait constaté le même phénomène ; que MM. Becquerel et Rodier, et nous enfin, avons obtenu des résulats, en tout analogues à ceux du célèbre professeur. Des recherches aussi rigoureuses sont plus que suffisantes pour confirmer un fait désormais avéré. Nous voulons, cependant, rapporter ici trois analyses de sang faites sur des sujets différents, et présentant, à des degrés variés, les signes de la néphrite dite albumineuse. Dans ces trois analyses on peut saisir la maladie à son début, quand l'albuminurie, quoique très-abondante, n'a pas persisté suffisamment encore pour dépouiller le sang d'une notable quantité de son albumine, ou que les acquisitions nouvelles qu'il fait suffisent à combler le vide qui se fait par l'albuminurie. Dans un cas un peu plus avancé, on peut voir le sang déjà sensiblement appauvri en albumine, mais pas assez cependant pour donner lieu aux épanchements séreux. Le troisième malade, enfin, offre l'exemple de la maladie arrivée à un très-haut degré ; les suffusions séreuses existent depuis longtemps, et le sang présente un appauvrissement considérable d'albumine. Ces trois malades, que le hasard avait réunis à un moment donné dans notre service, à l'hôpital du Val-de-Grâce, et dont nous avons relaté l'histoire détaillée (*Gazette des hôpitaux*, janv. 1850, p. 26), est le tableau le plus frappant qu'on puisse offrir pour l'édification des lecteurs.

Ire OBSERVATION. DU RAPPORT DE L'ALBUMINURIE AVEC LES SUFFUSIONS SÉREUSES DANS LA MALADIE DE BRIGHT.

Le premier malade, un nommé Bruant, du troisième de ligne, bonne constitution, brun, sanguin, était entré à l'hôpital pour

quelques troubles du tube digestif, sans avoir jamais été malade auparavant. Ses urines, examinées tous les jours depuis l'entrée, n'avaient jamais offert de trace d'albumine, quand, six jours après, il fut pris d'un violent accès de fièvre. Le lendemain de l'accès, les urines présentaient à l'analyse un très-abondant précipité floconneux, d'un blanc neigeux, tel qu'on l'observe dans la maladie de Bright. Les jours suivants, le même précipité albumineux se présentait toujours, quoiqu'il n'y eut plus de récidive de fièvre et qu'aucune douleur ni autre signe morbide du côté des reins n'apparussent. Le cinquième jour, saignée exploratrice de 120 grammes et analyse du sang.

Fibrine	2,16
Globules	144,38
Matériaux solides	78,92
Eau	774,54
	1000

Ce malade, qui prétendait se porter fort bien, ne put être retenu plus longtemps à l'hôpital. Il sortit le quinzième jour de l'apparition de son albuminurie, et celle-ci persistait comme le premier jour. On voit qu'en défalquant des matériaux solides la moyenne ordinaire des sels anorganiques, il reste pour ceux-là le chiffre de 69 à 70. Soit à peu près la moyenne, moins deux ou trois, pour l'albumine.

IIe OBSERVATION.

Notre deuxième malade, le nommé Bourgues, du dix-huitième de ligne, également bien constitué, à teint brun aussi, avait eu, avant son entrée à l'hôpital, quelques accès de fièvre sans régularité ni périodicité tranchées. Il était admis, le 13 décembre 1849, dans notre service. Pendant sept jours, il n'eut aucun accès nouveau, et mangeait les trois quarts de portion. Tout ce temps, ses urines, malgré l'analyse rigoureuse qui en était faite quotidiennement, ne présentaient aucune trace d'albumine. Le huitième jour, accès de fièvre de dix-neuf heures de durée; aussitôt, urines fortement albineuses et persistant dans le même état les jours

suivants, bien qu'aucun accès n'eût reparu. Le quinzième jour de l'albuminurie, saignée de 300 grammes et analyse du sang :

Fibrine.....	4,04
Globules.....	136,45
Matériaux solides.....	76,30
Eau.....	783,21
	1000

Bourgues resta encore un mois à l'hôpital, présentant toujours l'albuminurie au même degré. Comme il mangeait bien et n'éprouvait aucun malaise, il voulut sortir. Il ne présentait, à sa sortie, aucun vestige de suffusion séreuse. Ces deux malades ont été complétement perdus de vue par nous; on voit que chez le second l'albumine avait sensiblement plus diminué que chez le premier, quoique elle se maintînt encore à un chiffre voisin de l'état normal. Cette diminution était, comme chez le premier malade, en rapport avec la date de l'invasion de l'albuminurie. C'est le plus singulier rapprochement qu'on puisse établir.

Si nous avions pu conserver ce malade à l'hôpital, ainsi que nous nous le promettions, dans une seconde saignée à quelque temps de distance, nous aurions pu déterminer les nouvelles pertes que le sang aurait faites en albumine.

IIIe OBSERVATION.

Notre troisième malade, arrivé au summum de son affection, va nous présenter un des plus hauts degrés de l'appauvrissement du sang en albumine.

Tisserant, appartenant à l'arme de l'artillerie, partant doué d'une constitution au-dessus de la moyenne, passait, le 29 décembre 1849, du service de M. Champouillon, dans le nôtre. Ce militaire, qui, de bonne heure, avait été adonné à la boisson, avait subi, dans le courant de l'année, un très-grand nombre de punitions, dont un mois et demi de cachot, dans un endroit froid et humide, n'ayant qu'un peu de paille pour se coucher.

Il y avait trois mois qu'on avait trouvé ses urines albumi-

neuses pour la première fois, quand il entra dans notre service. Sous l'influence de cette albuminurie, il n'avait pas tardé à devenir anasarque, et, comme complication singulière, il fut atteint en ce moment d'une double amaurose. L'anasarque avait été dissipée en très-grande partie, et l'amaurose améliorée; ce malade, sur le point de partir en convalescence, avait dû rentrer de nouveau à l'hôpital. C'est alors qu'il fut reçu dans notre service par évacuation. Il avait de la bouffissure à la face et des traces d'œdème aux extrémités inférieures : l'amaurose persistait dans les deux yeux, plus faible à gauche qu'à droite. Une saignée exploratrice, de 120 grammes, lui fut pratiquée pour l'analyse du sang, dont voici le résultat :

Fibrine.....	4,47
Globules.....	113,92
Matériaux solides.....	60,39
Eau.....	821,22
	1000

Peu de jours après, à l'anasarque en progrès se joignait une ascite, qui s'accrut rapidement. C'est chez ce malade que nous ne trouvâmes dans le liquide de l'hydropisie aucun vestige d'albumine, que ce liquide fut traité par l'acide azotique ou l'eau bouillante, ou par tous les deux à la fois.

On voit que l'albumine du sang, à l'époque où nous en faisions l'analyse, était tombée très-bas, puisqu'en défalquant, du chiffre 60 des matériaux solides, la moyenne des sels anorganiques, qui est de 8 à 9, il ne resterait plus que 50 à 51 pour l'albumine; ce qui constitue un chiffre fort bas.

Aussi cette affection marcha avec une grande rapidité, et fut promptement terminée par la mort, en raison des complications graves du côté du cerveau et des désordres très-avancés des reins. Nous avons dit, au commencement de l'observation, qu'on avait constaté l'albuminurie depuis trois mois chez ce malade; mais il est probable qu'elle existait inaperçue depuis bien plus de temps.

Ces trois cas viennent de nous montrer, par gradation, les pertes que le sang fait en albumine, dans cette maladie, à mesure

qu'elle progresse et que l'albuminurie se prolonge ; ils nous ont fait voir, aussi clairement que possible, que la suffusion séreuse n'arrive qu'après une certaine existence de la maladie, et après que l'albuminerie a eu le temps de dépouiller le sang d'une partie considérable de son albumine, ce qui prouve clairement les rapports qu'il y a, en tant que cause à effet, entre l'anémie albuminurique et les suffusions séreuses. Cette première proposition reste donc bien démontrée : hydropisie en rapport avec l'anémie albuminurique.

Rôle que joue l'altération rénale pour la production des suffusions séreuses. — Voyons maintenant à quel point la lésion rénale elle-même, dans la maladie de Bright, contribue à la production des suffusions séreuses. M. Andral, dans son *Essai d'Hématologie*, a prétendu que cette lésion ne joue qu'un rôle fort secondaire ; nous osons croire que le savant professeur s'est laissé entraîner un peu trop loin dans cette circonstance, et la part que prend ici l'altération dont il est question est bien plus considérable que semble le faire croire M. Andral. Nous n'en voudrions pour preuve que l'histoire de notre dernier malade, chez qui, à l'autopsie, on trouva les reins arrivés au plus haut degré de la maladie, et cela en un temps assez court. Aussi les suffusions séreuses ne cessèrent jamais. Et, si un moment, elles diminuèrent considérablement, on les vit reparaître avec plus d'intensité immédiatement après, et augmenter avec une telle rapidité qu'il fallut promptement recourir à la paracentèse : tandis qu'on sait que, fréquemment, malgré la persistance de l'albuminurie à un si haut degré, les mêmes suffusions séreuses marchent avec lenteur, se déplacent d'un point à un autre, disparaissent et reviennent, et cela quelquefois pendant des années. Preuve évidente qu'ici, dans notre cas, la lésion rénale marchant rapidement a ajouté à l'effet de l'albuminurie pour la production de l'hydropisie.

Théoriquement, le même fait est manifeste. Quand l'affection granuleuse des reins est arrivée à un point avancé, les vaisseaux sanguins qui sillonnent l'organe sont en partie oblitérés par le dépôt de matière granuleuse que quelques auteurs regardent comme des dépôts d'albumine coagulée. Les vaisseaux des reins étant dans de telles conditions, il est évident que la circulation

du sang s'amoindrit considérablement en même temps que la sécrétion urinaire. L'élimination des parties aqueuses du sang est grandement affaiblie aussi par rapport à la quantité de liquide sanguin qui traverse l'organe. Ces deux effets contribuent énormément à laisser, dans la circulation, une quantité de liquide qui devrait être rejetée au dehors, d'où surcroît de matériaux dans cette circulation par défaut de perte convenable. Ce surcroît de matériaux dans la circulation fait que les capillaires des séreuses se trouvent, par contre-poids de fonctions, gorgés et distendus ; de là disposition aux épanchements séreux. Et, maintenant, comme le sérum, par le fait de l'albuminurie, se trouve privé d'une partie de son albumine, son extravasation en dehors des capillaires devient plus facile. Voilà bien, si nous ne nous trompons, le double mécanisme au moyen duquel se consomme l'hydropisie dans la maladie de Bright.

Nous croyons qu'il est impossible de mieux prouver la part que prennent à la perpétration de cette hydropisie et l'anémie albuminurique par suite de l'albuminurie, et l'altération du tissu rénal. On voit que ces deux causes s'enchaînent, se lient et s'aident mutuellement pour arriver aux mêmes fins. Voilà donc toute une série d'hydropisies où il est matériellement prouvé que les altérations du sang et celles des solides agissent simultanément pour les produire. Voyons ce qui se passe pour d'autres hydropisies analogues qui doivent rentrer dans cette classe.

Hydropisies par alimentation insuffisante ou malsaine. — Au commencement de cet article, nous avons fait l'énumération d'une grande série de suffusions séreuses. Ce sont ces hydropisies qu'on a vu régner épidémiquement en temps de disette, et venant à la suite de nourriture insuffisante ou de mauvaise nature. Ce sont aussi celles qui surgissent chez les prisonniers dont l'alimentation présente les mêmes défauts. Est-il possible, aujourd'hui, de ne pas classer rigoureusement ces hydropisies, et peut-on les laisser dans la catégorie de celles *incertæ sedis?* Mais les analyses de MM. Becquerel et Rodier prouvent qu'il y a, dans ces cas, diminution de l'albumine du sang. Ces auteurs rapportent ces épiphénomènes à la cachexie séreuse, amenée lentement par la mauvaise qualité et l'insuffi-

sance des aliments. D'après eux, ces hydropisies rentreraient dans le domaine de celles qui découlent immédiatement d'une altération du sang, et nous pencherions pour notre compte à suivre la même ligne, si la thérapeutique ne devait tenir compte d'un autre point important; nous voulons parler de l'altération des solides qui a lieu nécessairement, dans la plupart des cas, consécutivement. Ces hydropisies doivent rentrer dans notre troisième classe.

Le premier effet d'une nourriture insuffisante ou malsaine est de priver le sang, ce liquide nourricier, des principes de réparation, soit qu'il n'y ait pas matière suffisante à la formation de ces principes, soit que ces matières de mauvaise nature mettent le tube digestif hors d'état de fonctionner et de fournir le chyle nécessaire à la réparation; soit enfin, qu'élaborées par le tube digestif, elles entrent dans la circulation à titre de poison plus ou moins actif, et devant agir d'une manière directe sur la masse du liquide sanguin.

La viciation, l'altération du sang paraît donc être le premier effet de ces nourritures anormales. Si l'anémie albuminurique pouvait être constatée immédiatement, et que l'hydropisie suivît de près l'usage d'une alimentation pareille, les suffusions séreuses seraient, sans aucun doute, tributaires de l'altération du sang. Mais que de choses se passent avant! Les tissus, en général, subissent immédiatement l'effet de la modification sanguine; ils deviennent plus mous, inertes, moins contractiles, mieux disposés aux congestions passives, plus aptes aux effets d'exosmose par relâchement. Ces diverses altérations sont subies aussi bien par les vaisseaux sanguins que par les autres tissus de l'économie. Du moment que de pareilles altérations de solides ont lieu, et que le sang est devenu plus fluide par l'anémie albuminurique, les suffusions séreuses s'exécutent avec une grande facilité et avec une tendance à la généralisation.

Analogie avec les hydropisies des scorbutiques.—Rien ne prouve mieux tous ces phénomènes que les hydropisies qui surviennent chez les scorbutiques, surtout durant le cours d'une épidémie.

Si, à la suite d'une nourriture malsaine, il se passait le même effet que par l'introduction de certains venins dans l'économie, tels que le venin de la vipère; si la suffusion séreuse survenait

instantanément après l'introduction des principes nutritifs délétères, dans la circulation, nul doute que l'hydropisie ne dût être rapportée alors à l'altération seule du sang.

Les hydropisies des scorbutiques, qui peuvent servir ici de terme de comparaison et de point de départ, découlent nécessairement de l'altération des solides et de celle du sang. Le scorbut est généralement regardé comme le produit d'une altération du sang, qui a été différemment appréciée à une autre époque et aujourd'hui. Les lésions des solides sont générales dans cette maladie ; tous les tissus ont subi ce ramollissement, ce relâchement dont nous parlions tout à l'heure, l'anatomie pathologique l'a constaté. Eh bien ! si le scorbut est la maladie hémorrhagique par excellence, il est également la maladie hydropique, si nous pouvons ainsi nous exprimer. Il est peu de relations d'épidémie de scorbut qui ne signalent les suffusions séreuses comme compagnes nécessaires de cet état morbide. Dans l'épidémie que nous avons observée en 1847, à Givet, sur 48 scorbutiques, tous avaient un œdème sous-cutané, généralisé et plus ou moins prononcé ; cinq avaient, avec cet œdème généralisé, des épanchements plus ou moins considérables dans les diverses cavités. Six se distinguaient par des hydrothorax simples ou doubles, et quatre par une ascite très-avancée. Cette double tendance aux suffusions sanguines et séreuses dans le scorbut dépend de la double altération du sang et des solides. Il n'est aucun bon observateur qui le conteste, et l'examen direct le prouve ; seulement, dans cette maladie, l'altération du sang qui consiste primitivement en un excès de globules, avec ou sans augmentation de fibrine, se traduit plus tard en une anémie albuminurique ; ce qui explique les hémorrhagies qui sont les premières à apparaître, et la survenance postérieure des hydropisies (1).

Quoique l'altération des solides dans le scorbut soit, selon toute apparence, consécutive à celle du sang, elle n'en prête pas moins son concours aux suffusions séreuses ; il serait difficile de l'entendre autrement. Et ce qui se passe pour les hydropisies

(1) Jusqu'aux récentes analyses de sang de scorbutiques dues à M. Robin, tous les chimistes avaient cru reconnaître comme altération principale du sang chez ces malades la diminution de la fibrine.

Rapportons des exemples pour mieux faire sentir la justesse de ces détails et offrir un tableau frappant au lecteur.

IVe OBSERVATION. — HYDROPISIE GÉNÉRALE CONSÉCUTIVE A UNE FIÈVRE TYPHOÏDE GRAVE AVEC SYMPTÔMES DE PNEUMONIE. TERMINAISON PAR LA MORT A LA SUITE D'UNE HÉMOPTYSIE PEUT-ÊTRE SANS EXEMPLE SOUS LE RAPPORT DE LA QUANTITÉ.

Ollivier, jeune soldat au 31e de ligne, vingt-sept ans, trois ans de service, d'une constitution moyenne, lymphatique, entrait le 18 septembre au Val-de-Grâce, accusant huit jours d'invasion. Un abattement profond, la perte de l'appétit, des lassitudes dans les membres, de la céphalalgie, diarrhée depuis trois jours, toux fréquente avec expectoration muqueuse aérée, chaleur sèche à la peau, fièvre continue, tels étaient les phénomènes les plus saillants qu'il présentait à son entrée. L'examen direct du thorax donnait partout une bonne résonnance à la percussion : râles muqueux et sibilants disséminés, surtout aux deux faces postérieures, à l'auscultation : abdomen indolore sans tension, langue effilée, couverte de mucus grisâtre à sa surface et rouge à la pointe. Nulle tache ni éruption à la peau. Fièvre typhoïde avec bronchite diffuse concomitante; tel fut le diagnostic.

Cette affection marcha en poursuivant son évolution ; le 25 elle était à son summum. Le délire, la tympanite, les taches rosées disséminées en grand nombre au thorax et sur le ventre, le tremblotement de la langue avec couche épaisse de mucus brunâtre à sa surface et aux gencives, la typhomanie, etc., caractérisaient cette période. Le 3 octobre, signes de pneumonie double consécutive aux bases postérieures, aggravation; persistance du délire jusqu'au 7, où il devient intermittent; rétrocession, les jours suivants, jusqu'au 15, où la convalescence semblait se dessiner. Pendant quelques jours, l'anéantissement resta tel que, malgré la disparition des phénomènes morbides qui avaient persisté jusque-là, il était à redouter que le malade ne s'affaissât sous l'impuissance de l'organisme. Une alimentation légère d'abord, puis convenablement augmentée, fut donnée à notre malade jusqu'au 25 octobre suivant. Cependant les forces ne se récupéraient pas à cette date. Œdème des extrémités inférieures, bouf-

fissure de la face avec teinte jaunâtre de la peau, diarrhée (trois à quatre selles par jour) le 27; les jours suivants l'œdème gagne toute la surface du corps, les bourses sont énormément infiltrées; des taches scorbutiques nombreuses apparaissent aux jambes et aux cuisses. Le 3 novembre, il y avait ascite prononcée, un double épanchement dans le tiers inférieur des cavités pleurales, un épanchement dans le péricarde, dénoté par une matité de 11 centimètres de diamètre transversal et de 7 centimètres de haut en bas à la région précordiale. Pendant vingt-cinq jours, Ollivier traîna languissant. Les médications employées, prises parmi les toniques et les ferrugineux, semblèrent contre-balancer l'influence de la cachexie; les épanchements séreux semblaient plutôt diminuer que s'accroître. La diarrhée, séreuse le plus souvent, disparaissait pendant un jour ou deux pour reparaître ensuite, et semblait plutôt un effort critique pour le salut du malade que le résultat d'une altération profonde des voies digestives. Le pouls se maintenait faible, petit et toujours un peu fréquent; il ne descendit jamais à moins de 80 pulsations. Il y avait de fréquents bourdonnements d'oreille, des éblouissements, des dispositions aux syncopes. Le 28 novembre, à sept heures du matin, survint spontanément une hémoptisie aussi rapide qu'abondante. Le malade ne crachait pas le sang, il le régurgitait à flots après chaque accès de toux. Ce sang était rouge vermeil, spumeux, aéré, sans mélange d'aucune matière; il provenait évidemment des voies aériennes. L'auscultation percevait dans le tiers supérieur des deux poumons, tant en avant qu'en arrière, un râle muqueux, fin, entremêlé de crépitation parcheminée. En une heure de temps, le malade rendit du sang plein son pot. Il survint aussitôt une syncope qui semblait devoir mettre un terme à la vie. Il n'en fut rien: cette vie se traîna encore languissante jusqu'au lendemain 29, à onze heures du matin.

Le sang caillotté dans le vase de nuit contenait, au moins, les sept dixièmes de sérum. Le caillot, qui surnageait, était rutilant, à surface spumeuse aérée, d'un petit volume, dense et consistant.

L'autopsie, faite trente-six heures après le décès, permit de constater d'abord les collections séreuses multiples dont nous

avons parlé. Les ventricules latéraux du cerveau contenaient une quantité considérable de sérum citrin, limpide; la cavité rachidienne de l'arachnoïde en renfermait également une certaine quantité. Rien dans les poumons ne put rendre compte de cette hémoptisie redoutable qui était venue terminer la scène. Tout le poumon gauche était perméable à l'air, plus pâle qu'à l'état normal, parfaitement crépitant partout. Les deux tiers supérieurs du poumon droit offraient les mêmes résultats : à sa base postérieure, dans l'espace de quelques pouces, on rencontrait une hépatisation blonde, avec densité de tissu présentant à la coupe un aspect marbré. Aucune granulation, aucune accumulation de pus, ni déperdition de substance. Les bronches, examinées dans leurs grandes et petites ramifications, présentaient, à leur surface muqueuse, des aspects divers. Tantôt pâles, décolorées, dans leurs plus gros tuyaux, elles avaient dans les plus petits et dans les moyens un aspect lie de vin, et qui résistait au lavage. La muqueuse, qui présentait cette coloration, semblait un peu épaissie, infiltrée de sanie, et cédait facilement aux tractions.

Le tube digestif présentait encore des traces de dothinentérie; cependant, dans la portion la plus maltraitée, quelques pouces au-dessus de la valvule, et sur la valvule elle-même, la cicatrisation des follicules ulcérés était très-avancée dans la plupart des points. C'étaient des taches violacées qui étaient l'indice d'une cicatrice achevée. La muqueuse du gros intestin était hypertrophiée et ramollie avec plissements transversaux, nombreux et épais; la coloration en était plutôt pâle; mais elle ne présentait nulle part de traces d'ulcération.

La rate était volumineuse (au moins trois fois son volume normal), friable, au point qu'on eût dit un kyste sanguin, tant elle se vidait facilement en déchirant son tissu. Les reins étaient pâles, anémiés, à substance corticale mollasse. Le foie semblait aussi plus mou qu'à l'état normal; la pulpe cérébrale présentait cette altération à un degré assez prononcé, surtout la substance blanche, qui semblait imbibée de sérum; les muscles, atrophiés, mollasses, résistaient assez faiblement sous les doigts.

Cette observation, prise au milieu de six analogues, sinon

exactement semblables, que nous avons recueillies au Val-de-Grâce, est un des exemples les plus frappants des hydropisies qui surviennent à la suite de la double altération des solides et du sang. Ici, une fièvre typhoïde débute et marche avec une gravité prononcée. Bien que nous ne puissions préciser quel est le système, ou l'organe qui donne l'impulsion, qui est le premier moteur dans cette maladie générale, toujours est-il que nous voyons à sa suite, chez Ollivier, un tel déliquium du solide vivant, à un certain moment, que nous craignons de voir succomber le malade, alors que la convalescence commence. Évidemment le sang, altéré primitivement, subit une nouvelle influence de la part de cet organisme appauvri ; cette influence va bientôt se traduire par les suffusions séreuses qui tendent à se généraliser. Elle se manifeste encore par les taches sanguines sous-épidermiques : et à un dernier moment, nous voyons un phénomène, qui, comme l'hydropisie, est dû à la lésion du sang et des solides à la fois, l'hémoptisie, venir terminer cette longue et inutile lutte de la vie contre la mort. Peut-on trouver un exemple plus frappant et qui rende mieux le mécanisme de ces hydropisies?

Une chose nous a frappé dans cette observation : c'est qu'avec les taches sanguines sous-épidermiques, que nous avions un instant observées aux extrémités inférieures, nous n'ayons pas rencontré une certaine coloration hématique dans le liquide des divers épanchements.

Ve OBSERVATION. — HYDROPISIE GÉNÉRALE CONSÉCUTIVE A UNE DYSSENTERIE CHRONIQUE. — ALBUMINURIE IRRÉGULIÈRE PENDANT QUELQUES JOURS. — PAS DE TRACE DE LÉSION RÉNALE SPÉCIALE A L'AUTOPSIE.

En 1849, pendant que nous étions détaché de l'hôpital du Val-de-Grâce à celui de Toulon, pour l'épidémie de choléra, nous avions la plus belle occasion d'étudier la dyssenterie chronique avec toutes ses conséquences. De nombreux militaires frappés de cette maladie étaient évacués d'Afrique et d'Italie sur cet hôpital. Aussi, dans l'espace de deux mois, nous avons pu voir quelques cas assez nombreux d'hydropisie par suite de cette maladie. Nous citons celui-ci au milieu de ceux que nous avons recueillis.

Vigué, du 44e de ligne, évacué d'Italie, où il avait eu pendant un mois et demi la dyssenterie, était admis à l'hôpital de Toulon le 8 septembre 1849. Sa constitution, primitivement forte, était profondément détériorée par le fait de cette maladie. La dyssenterie, après avoir sévi avec acuité sur ce militaire, avait fini par céder sous l'influence des médications mises en usage; mais elle avait bientôt reparu sous forme chronique et avait nécessité son renvoi en France. Il y avait quatre mois que Vigué était atteint quand nous le vîmes pour la première fois, le 9 septembre. Les selles, à cette époque, avaient repris une nouvelle activité; elles étaient au nombre de quinze à vingt par jour; elles n'étaient point hématiques, mais liquides, contenant de nombreux débris d'épithélium. L'amaigrissement du malade était considérable, quoique masqué par une infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané, plus prononcée aux extrémités inférieures. Vigué conservait toujours un désir insatiable d'aliments, malgré sa profonde faiblesse. Il n'avait pas d'état fébrile prononcé : le pouls, faible, petit, concentré, ne battait pas plus de soixante-dix-neuf le soir, à trois heures, et soixante-dix à soixante-quinze le matin. Malgré le soin avec lequel nous exercions la plessimétrie, nous ne pûmes découvrir une augmentation un peu notable dans le volume du foie. La rate seule donnait onze centimètres de haut en bas et dix-sept centimètres transversalement.

L'anasarque dont Vigué était atteint ne progressa que peu pendant un mois, les déjections nombreuses et séreuses, le plus souvent, servant de voie d'élimination pour le liquide épanché. Le 14 septembre, nous apercevant de l'infiltration qui envahissait le tissu cellulaire sous-cutané, les urines furent analysées par l'acide azotique et la chaleur : elles donnèrent un précipité albumineux assez prononcé; l'albuminurie fut observée pendant quatre jours de suite, elle disparut pendant trois jours et revint encore. Jusqu'au 17 octobre il y eut ainsi des alternatives dans l'apparition de l'albumine dans les urines : depuis ce moment jusqu'au décès, qui eut lieu le 24 octobre, nulle trace d'albuminurie.

L'anasarque était devenue assez considérable dans les derniers jours, et les cavités séreuses de la poitrine et du ventre contenaient une certaine quantité de liquide.

L'autopsie ne démontra chez ce malade aucun changement

dans la forme du foie. Sa substance, infiltrée de sang, présentait un aspect plus foncé et moins consistant. Le sang s'échappait par gouttelettes nombreuses à la coupe. La rate était également ramollie, très-friable et volumineuse. Les intestins grêles étaient atrophiés. La même atrophie portait sur le gros intestin, dont le calibre n'était pas plus gros que le petit doigt. Inutile de dépeindre les lésions de la membrane muqueuse. Il y avait cinq à six litres de sérosité épanchée dans le péritoine. Il y en avait deux à trois verres dans la cavité pleurale gauche, et un litre au moins dans la droite. Le péricarde en contenait trois quarts de verre environ. Du reste tout le tissu cellulaire, aussi bien le sous-cutané que le profond, interstitiel, était fortement infiltré : partout la sérosité était claire et citrine. L'analyse d'une partie du sérum, prise dans les diverses cavités, offrit des traces d'albumine, mais en petite quantité. Rien d'anormal dans le cœur et les gros vaisseaux, si ce n'est une certaine mollesse de tissu, de la flaccidité. Les reins, de volume normal, présentaient de l'anémie dans la substance corticale et une injection vineuse dans la substance tubuleuse. Cette observation, analogue à la foule de celles qu'on pourrait recueillir en Afrique à la suite des dyssenteries et diarrhées chroniques, témoigne hautement de la source de l'hydropisie dans la double altération des solides et des liquides.

En effet, l'état du foie et de la rate ne peut suffire à expliquer ces suffusions séreuses, qui eussent été bornées, au moins primitivement, à la cavité abdominale, si elles eussent dépendu des lésions de ces deux organes. La suffusion séreuse était généralisée, elle devait donc dépendre d'une cause agissant généralement. Il n'y avait dans ce cas que la lésion des centres circulatoires ou celle du sang qui pût en rendre compte. Le cœur et les gros vaisseaux n'offraient aucune des lésions qui entraînent l'hydropisie à leur suite. L'altération du sang était manifeste, quoique non prouvée à l'analyse. Il y avait eu chez ce malade, comme cela arrive chez tous ceux de son espèce, anémie albuminurique. L'albuminurie irrégulière qui avait été observée avait pu aider à cette anémie, mais ne l'avait pas déterminée entièrement à coup sûr ; car dans d'autres cas semblables l'anémie albuminurique existe également sans qu'on observe de l'albuminurie. Cette anémie avait donc sa principale source dans le défaut

exagéré de nutrition, dans la détérioration de l'organisme. Ces deux sources étaient elles-mêmes le résultat des désordres du tube digestif et peut-être aussi d'une cause plus générale, difficile à préciser. En tout cas, voilà bien, aussi clairement et simplement que possible, la liaison des altérations des solides et du sang pour la perpétration de certaines hydropisies.

C'est ainsi qu'ont lieu également les suffusions séreuses qui surviennent à la suite des autres affections graves et longues du tube digestif, qui conduisent les sujets au marasme par défaut de nutrition.

Toutes les tumeurs dégénérées qui tiennent à un état général, à une diathèse, et qui entraînent à leur suite des suffusions séreuses, les suscitent par ce même mécanisme, quand l'hydropisie n'est pas la conséquence de la compression qu'une ou plusieurs d'entre elles exercent sur un gros tronc veineux ; mais dans ce cas l'hydropisie est restreinte, localisée, tandis qu'elle est générale dans le premier, caractère essentiellement distinctif.

M. Darwall a donné certaines bronchites comme cause d'hydropisie. L'anasarque surviendrait assez rapidement chez les sujets atteints de cette bronchite. L'exposé que l'auteur donne sur ces suffusions séreuses nous les ferait rapprocher de celles que Abercrombie et quelques auteurs anglais rapportent à une affection du cœur et des poumons, sans rien préciser sur cette affection. Ces hydropisies, au dire d'Abercrombie, surviennent chez des sujets vigoureux qui se sont exposés au froid, le corps étant en sueur, et qui sont pris de dyspnée et de toux. Elles débutent par la face et s'étendent de là au tronc ; les urines sont coagulables. Ce dernier caractère suffit pour classer ces hydropisies : en effet, la coagulabilité de l'albumine dénote une altération du sang liée ou non à la néphrite albumineuse aiguë. Dans ces cas, la bronchite, quelque intense qu'elle fût, ne serait pas susceptible, comme dans tous les autres, d'entraîner l'hydropisie, s'il n'y avait une altération plus occulte et que l'albuminurie révèle. Si la bronchite à l'état capillaire peut apporter une part dans ces hydropisies, c'est par la stagnation du sang qu'elle occasionne dans le parenchyme pulmonaire, et alors évidemment ces hydropisies rentrent dans notre troisième classe. Mais il y a mieux : c'est que, selon nous, il n'y a dans ces cas que coïnci-

dence d'une bronchite survenant brusquement, avec une maladie de Bright existant depuis plus ou moins longtemps à l'état latent. Nous avons nous-même observé un trop bel exemple de ce genre pour que nous ne cédions pas au désir de le rapporter, afin de mettre toujours le praticien en garde.

VI° OBSERVATION.

Guyot, soldat au 61° de ligne, remplaçant, de constitution moyenne, adonné à la boisson et ayant eu fréquemment à subir le cachot, avait été atteint d'une bronchite capillaire dont il ne fut pas entièrement guéri, mais qui ne l'empêchait pas de faire son service et de visiter les cabarets. Le 22 décembre 1849, ce militaire entrait dans notre service au Val-de-Grâce, pour une exacerbation de sa bronchite avec une pneumonie lobaire de la base postérieure droite. La dyspnée était portée à un haut degré. Le tartre stibié à haute dose et les vésicatoires firent tous les frais de notre médication. La pneumonie guérit, la bronchite capillaire exacerbée descendit au diapason où elle était avant, et Guyot se trouvait si bien, que, le 15 janvier, il sortait de l'hôpital pour aller renouer connaissance avec la bouteille, nous disait-il gaiement.

Les urines de Guyot, qui avaient été analysées tous les jours, ainsi que celles de tous les malades de notre service, et avant même qu'il eût commencé notre traitement, précipitaient de l'albumine en quantité notable : elles continuèrent à en précipiter jusqu'à sa sortie, quoiqu'il y eût quelque intermission de temps en temps. Cette circonstance nous fit prédire aux élèves que notre malade, si content de lui en quittant l'hôpital, y reviendrait hydropique un jour ou l'autre. L'occasion ne se fit pas attendre. Le 22 du même mois, Guyot rentrait à l'hôpital et dans nos salles. Cette fois il y avait orthopnée. La face était bouffie, violacée ; les extrémités inférieures infiltrées ainsi que le cou et le thorax. La toux était fréquente, le malade devait se tenir assis sur le lit. L'examen direct fit écarter toute maladie du cœur comme précédent, et révéla un épanchement du tiers inférieur droit de la poitrine, de l'œdème dans les deux poumons,

et la bronchite capillaire dont les signes étaient en partie masqués par l'œdème pulmonaire. Les urines continuaient à fournir ce précipité albumineux que nous avions déjà remarqué pendant son premier séjour. Pendant quelques jours, il survint un peu d'amélioration du côté des voies respiratoires, et nous eûmes un instant d'illusion. Mais bientôt les symptômes reprirent une intensité considérable. L'anasarque se prononça tous les jours davantage, et les cavités splanchniques finirent par se remplir de sérosité. Le malade succomba le 1er mars, trente-sept jours après sa deuxième entrée.

L'autopsie révéla la néphrite albumineuse chronique, au troisième degré, de M. Rayer ; des traces prononcées de bronchite chronique diffuse, capillarisée même en quelques points; de l'emphysème dans les parties antérieures, aux tiers supérieur et moyen de chaque poumon ; un œdème très-bien caractérisé dans les deux tiers postérieurs-inférieurs de chaque côté ; une grande quantité de sérosité dans la cavité abdominale, peu dans les cavités pleurales, un demi-verre dans le péricarde. L'infiltration générale sous-cutanée était considérable. Le cœur et les gros vaisseaux ne présentaient rien d'anormal.

Voilà bien un malade chez qui il y avait eu coïncidence de bronchite capillaire avec maladie de Bright. Depuis quand existait la dernière de ces deux affections? quelle est celle des deux qui avait préexisté? c'est ce qui reste dans les ténèbres. Si notre examen journalier des urines ne nous eût mis en garde dès la première entrée du malade, nous aurions peut-être accordé beaucoup plus d'importance qu'elles n'en méritaient aux lésions bronchiques et pulmonaires, pour la perpétration des suffusions séreuses. Il demeure probable, pour nous, que les hydropisies consécutives aux bronchites dont parlent MM. Darwall et Abercrombie se trouvaient en coïncidence avec la maladie de Bright préexistante, nous n'en voulons pour preuve que le précipité albumineux des urines.

D'où nous pouvons conclure, qu'avec les moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui et un examen rigoureux, il sera toujours permis, ou à peu près, aux médecins de trouver la raison réelle des suffusions séreuses. Celles-ci nous paraissent entrer de rigueur dans la troisième classe.

Hydropisies qui succèdent aux exanthèmes aigus. — Nous arrivons aux hydropisies qui succèdent aux fièvres éruptives, rougeoles, scarlatine, etc., si diversement appréciées par les auteurs, ce qui n'a pas fait avancer la science à leur égard. Elles sont du nombre de celles où l'altération des solides et du sang est manifestement appréciable et concourt à leur apparition. Si les collections séreuses à la suite des rougeoles, scarlatines, érysipèles, etc., étaient exclusivement dues à l'altération de la peau, ainsi que le veulent quelques-uns, chacune de ces fièvres exanthématiques devrait donner lieu à des suffusions séreuses, au moins quand la peau est largement affectée. Eh bien, l'hydropisie est l'exception, loin d'être la loi commune, à la suite de ces maladies; et sur le nombre de cas où elle se montre, il y en a peut-être plus où l'éruption a avorté, ne s'est montrée que partiellement, a eu une évolution irrégulière, que de ceux où elle s'est effectuée largement, suivant les lois qui président à son évolution. Donc l'altération cutanée n'est pas la cause, au moins principale et immédiate, de l'hydropisie : et quand celle-ci apparaît, c'est qu'il s'est passé quelque chose d'insolite qu'il importe de rechercher. Pour ce seul motif, ces suffusions séreuses ne peuvent cadrer dans la première classe ou celles par lésions des solides, où les avaient casées les auteurs du Compendium; elles ne peuvent non plus former une classe à part et distincte. En prouvant qu'il y a altération du sang quand elles paraissent, nous les ramenons de rigueur à la troisième classe. Il est bien entendu que nous ne voulons pas ici, en parlant d'hydropisie, comprendre sous ce nom une certaine infiltration locale qui accompagne l'éruption, l'érysipèle, par exemple. Ces engorgements, qui siégent plus souvent dans l'épaisseur du derme que dans le tissu cellulaire sous-cutané, sont le résultat de l'exsudation qui se fait dans ses mailles, pendant la période de congestion. Aussi, Cullen nous paraît-il avoir été dans l'erreur en étendant sa dénomination d'anasarque exanthématique à des engorgements semblables. Donnerait-on convenablement le nom d'anasarque au gonflement des joues qui survient souvent dans la stomatite mercurielle? Dehaen, Stork, Vieusseux, Frank, Borsieri, qui ont tous cherché à élucider la question de ces hydropisies, n'ont apporté aucune lumière décisive.

Ce sont MM. Hamilton, Bright, Grégory, Andral, Christison, Darwall et Rayer qui ont le plus fait à leur égard ; en effet, ils sont parvenus, les uns et les autres, à les faire découler soit de la maladie des reins (néphrite albumineuse), soit d'un trouble passager de ces organes.

Dans le premier cas, celui où il y aurait néphrite albumineuse, l'hydropisie rentrerait forcément dans notre troisième classe; nous prétendons que dans les autres, où ces auteurs n'ont vu qu'un trouble passager des reins, il y a quelque chose de beaucoup plus fondé, l'anémie albuminurique.

Hamilton, pour prouver le trouble passager ou la maladie des reins dans les hydropisies qui succèdent aux fièvres éruptives, donne le relevé de son appréciation sur les urines des scarlatineux. Sur plus de soixante malades atteints de scarlatine, cet auteur n'en aurait trouvé que deux où les urines n'étaient pas coagulables, d'où sa conclusion, que ce trouble concourt à la perpétration des hydropisies. Si les observations d'Hamilton étaient rigoureuses, elles prouveraient que l'albuminurie est l'unique voie par laquelle le sang perd de son albumine dans ces cas. Or, l'albuminurie conduisant à l'anémie de ce nom, l'altération du sang, dans ces hydropisies, ne pourrait être plus matériellement démontrée.

Malheureusement nous croyons qu'Hamilton s'est fait souvent illusion, et que, pour ne pas filtrer les urines préalablement à l'analyse, il s'est laissé aller à prendre pour de l'albumine soit du mucus coagulé, soit d'autres matières animales. Pour nous, dont les analyses n'ont jamais manqué de précision dans ces circonstances, sur neuf cas de scarlatine, nous n'avons trouvé que trois fois les urines albumineuses : et sur quarante-deux rougeoles, l'albuminurie ne s'est montrée que six fois. Dans un seul cas de scarlatine avec albuminurie, il survint une hydropisie générale. Nous n'avons vu le même épiphénomène dans aucune des quarante-deux rougeoles ; tandis que dans deux autres cas de scarlatine où nous avons pu signaler une anasarque plus ou moins prononcée, il n'y avait pas albuminurie. Mais dans les cas où nous avons observé l'albuminurie, elle a été toujours très-fugace, ne persistant que quatre jours au maximum, excepté dans le cas qui fut suivi d'hydropisie générale, où elle persista longtemps.

Donc, s'il y a anémie albuminurique conjointement avec l'altération de la peau, quand il y a hydropisie à la suite des fièvres éruptives, ce n'est pas seulement l'albuminurie qui la produit dans tous les cas, puisque cette albuminurie n'existe pas toujours : elle doit être aussi le résultat de quelque travail intime sur le sang, travail qui nous échappe.

Prouvons que le sang est appauvri de son albumine quand l'hydropisie succède aux fièvres exanthématiques, et notre seconde proposition sera rigoureusement démontrée. Les analyses du sang faites par M. Andral dans quelques cas ont constaté cette diminution de l'albumine ; mais M. Andral avait noté en même temps l'albuminurie. Il s'était rangé à l'opinion de M. Rayer en pensant qu'il y avait alors néphrite albumineuse aiguë. Ceci corroborerait notre deuxième proposition. Quelques analyses de MM. Becquerel et Rodier sont plus concluantes, puisque l'anémie albuminurique a été trouvée sans albuminurie préalable. Enfin, dans l'un de nos deux cas d'anasarque consécutive à la scarlatine, l'analyse du sang nous a donné soixante-un en albumine, ce qui met pleinement à découvert l'appauvrissement du sang par rapport à ce principe. Il nous est matériellement démontré, au moins pour la scarlatine, que l'anasarque qui succède à l'exanthème cutané reconnaît pour cause, avec l'altération de la peau, une autre altération plus profonde, celle du sang. Ce qui se passe pour la scarlatine a lieu, selon toute vraisemblance, pour les autres exanthèmes ; car, comme pour elle, les suffusions séreuses y sont les conséquences exceptionnelles et non générales.

Il est bien vrai que les auteurs anglais et M. Rayer penchent à admettre une altération des reins dans la scarlatine, quand il y a anasarque : et cette altération serait démontrée par l'albuminurie, presque toujours hématique au début. Mais cette opinion, au moins exagérée, comme nous venons de le démontrer, ne prouve pas qu'il ne puisse pas y avoir anémie albuminurique sans altération préalable des reins : on vient de le voir encore. Donc leurs conclusions, qui semblent s'appliquer particulièrement aux hydropisies qui succèdent aux scarlatines, étant exagérées, ne peuvent rien infirmer pour les hydropisies qui résultent des autres exanthèmes. Au demeurant, admettant même avec M. Andral et tous les bons auteurs, que dans la plupart des cas, quand l'hydropisie

survient après une affection éruptive, les urines sont coagulables. Nous corroborons cette opinion que c'est principalement par anémie albuminurique qu'elle a lieu, quelle que soit du reste la lésion morbide qui rend ces urines coagulables.

Nous entrerions tout à fait dans le champ des hypothèses, si nous voulions chercher à démontrer comment peut survenir l'anémie albuminurique quand les urines ne sont pas coagulables. Il suffit que le fait ait été bien et dûment constaté. Paraît-il bien évident et bien démontré maintenant, que ces hydropisies résultent d'une altération des solides et du sang? La première (affection cutanée) et la seconde de ces altérations existent. La seconde est subordonnée à la première, en ce sens que si celle-ci n'existait pas la seconde ne surviendrait pas : de même que dans la néphrite albumineuse l'albuminurie et consécutivement l'anémie albuminurique ne surviendraient pas sans l'altération rénale, comme le veulent la plupart des pathologistes.

Hydropisies consécutives à la suppression d'une sécrétion importante. — Devons-nous ou non ranger encore dans notre troisième classe quelques-unes des hydropisies qui apparaissent à la suite de la suppression de quelque exhalation ou sécrétion importante? Le doute ne peut subsister à cet égard : un nombre d'entre elles découlent de l'altération simultanée de quelque solide et du sang.

Quand on veut bien se rappeler que toutes les sécrétions ou exhalations tendent à un but commun, le maintien de l'équilibre de la machine humaine par l'élimination des matériaux superflus ou nuisibles; quand on songe que physiologiquement, si l'une de ces exhalations se supprime, une ou plusieurs autres y suppléent par leur plus grande activité, on prévoit immédiatement ce qui peut se passer et se passe réellement quand l'hydropisie dépend de la cessation complète de l'une d'elles.

Quand l'exhalation cutanée, par exemple, se supprime d'une manière absolue, évidemment toute la partie du sang qui devait s'échapper par cette voie en un temps donné demeure dans le système circulatoire. La sécrétion cutanée est diminuée ou abolie, parce que le sang est refoulé des capillaires de la peau dans des capillaires plus profonds. De là, deux effets : augmentation dans la masse du liquide sanguin, ainsi que nous l'avons déjà dit ail-

leurs ; congestion, ensuite, des organes intérieurs, rien que par effet de la suppression. Cette congestion, si elle est soutenue, peut aller jusqu'à l'inflammation de l'organe où elle siége. C'est ainsi qu'une séreuse peut être enflammée, altérée dans sa texture. C'est ainsi que les reins peuvent aussi se congestionner, s'enflammer : et si, avec l'inflammation, leur sécrétion propre diminue, c'est autant de partie aqueuse du sang délaissée dans la masse circulatoire, et par conséquent augmentation de cette masse de liquide ; d'où hydropisie par suite d'altération des solides et du sang.

Veut-on un exemple plus frappant que celui que cite M. Andral dans son Essai d'hématologie, page 157? Un jeune homme, bien portant jusque-là et fortement constitué, dit-il, entre à l'hôpital de la Charité avec une anasarque considérable et un commencement d'ascite. Il me raconte que peu de jours auparavant, étant couché et endormi, des camarades l'ont inondé d'un pot d'urine froide pendant qu'il était en sueur. Il s'est levé nu pour les poursuivre, et s'est beaucoup refroidi ; il est resté, dit-il, comme glacé. Dès le lendemain de cet événement, il a commencé à s'apercevoir d'un peu d'enflure, qui a rapidement augmenté. J'examinai l'urine de ce malade, elle était albumineuse. Je dus en conclure que le sang avait été dépouillé par les reins d'une certaine quantité d'albumine, et me rendre compte ainsi de la formation de l'hydropisie. C'est donc sur les reins qu'avait été portée l'action du froid. Cette hydropisie ne fut, du reste, pas de longue durée ; au bout de quinze jours la guérison était obtenue.

On voit que le célèbre professeur dit que c'est sur les reins qu'avait porté l'action du froid. Il n'a pas voulu dire directement, sans doute, mais bien d'après le mécanisme que nous venons d'indiquer. L'altération du rein, sa congestion probablement, se traduisait par l'albuminurie. Il y avait donc altération de solide. L'altération du sang consistait dans la chute de l'albumine, suivant M. Andral, chute consécutive à l'albuminurie, ce qui n'empêche pas que le sang ait pu être augmenté dans sa quantité par la diminution de la sécrétion urinaire.

Les hydropisies qui résultent de la suppression d'une sécrétion anormale existant depuis longtemps s'expliquent comme les précédentes, c'est-à-dire que, suivant les cas, les unes ont lieu par

pure altération du sang, et d'autres par altération du sang et des solides.

Il n'est peut-être pas un auteur qui ait traité des hydropisies, qui n'ait cité des exemples plus ou moins nombreux de suffusions séreuses survenues à la suite des règles supprimées en totalité ou en partie. Le célèbre A. Portal en a rassemblé un très-grand nombre dans son ouvrage (1).

Une pareille conformité d'opinions prouve nécessairement que la suppression des règles a paru jouer un rôle important dans ces hydropisies, et Portal, en particulier, semble indiquer le flux séreux comme suppléant alors le flux sanguin ; pourtant il n'est peut-être aucune de ses observations qui puisse être invoquée d'une manière directe pour appuyer cette manière de voir. En effet, tantôt il s'agit d'une altération organique entraînant à sa suite l'aménorrhée, et par le même motif, ou par suite de l'altération du sang, l'hydropisie. Tantôt, au contraire, c'est une altération primitive du sang, la chlorose, qui donne lieu à la suppression des règles ; et quand la chlorose se complique d'anémie albuminurique, l'hydropisie survient. Dans presque tous les cas, un esprit exercé devine soit une altération du sang seule, soit une altération du sang et des solides, comme cause de ces hydropisies. Aussi les unes doivent être rangées dans la deuxième classe, ainsi que nous l'avons prouvé quand nous en étions à cette catégorie, et les autres dans la troisième.

Voici un exemple frappant d'une pareille hydropisie de la troisième classe :

VIIe OBSERVATION. — HYDROPISIE CONSÉCUTIVE A LA SUPPRESSION DES RÈGLES.

Une jeune fille de 21 ans, de Wensimon (Belgique), près Givet, robuste, ayant toujours été bien réglée et bien portante, est surprise, un jour d'automne (septembre 1847), par une neige abondante, pendant qu'elle travaillait aux champs. Durant une heure environ, elle dut supporter, sans être trop bien vêtue, la neige,

(1) *Observations sur la nature et le traitement des hydropisies*, t. I, in-8. Paris, 1824.

qui tombait à flots. Pour comble de malheur, en retournant au village, comme il faisait très-sombre, elle tomba dans un ruisseau qu'elle dut traverser, ayant de l'eau jusqu'à la ceinture. Elle avait ses règles en ce moment. Le saisissement, l'effet du froid furent tels, que la menstruation fut supprimée à l'instant. Il survint de vives coliques avec retentissement dans la région des reins.

Rentrée dans sa famille, cette jeune fille eut hâte de se mettre au lit. Dans l'intention de la réchauffer, les parents lui firent avaler une demi-bouteille de vin chaud et sucré, puis de nombreuses tasses d'infusion de tilleul pour provoquer la transpiration. Les coliques persistèrent avec une certaine intensité ; la miction des urines fut rare, et ce liquide, au dire de la famille, était rougeâtre et bourbeux. Bref, trois jours après, le ventre était enflé, la respiration courte, ; la face était bouffie et les extrémités inférieures œdématiées. C'est alors que nous fûmes appelé, il y avait quatre jours de l'accident.

Nous trouvâmes le ventre tendu, douloureux à la pression et au toucher, donnant un son mat sur les parties déclives, développé; la percussion et la palpation décelaient le choc d'une colonne de liquide dans la cavité péritonéale. Les reins étaient le siége d'un poids incommode et douloureux par instants. Les urines, sédimenteuses, briquetées, rares (la malade n'en avait rendu que deux verres environ dans les vingt-quatre heures), précipitaient fortement de l'albumine à l'eau bouillante, après avoir été filtrées; les membres, la face, le cou étaient œdématiés. Il y avait état fébrile prononcé; pouls dur, vibrant et petit, à cent un. Soif vive, un certain grippement de la face. Deux saignées du bras, trois applications de sangsues sur le ventre, des bains et des fomentations chaudes, puis l'usage de laxatifs dissipèrent tout cet état norbide en trois semaines. Les urines ne restèrent albumineuses que jusqu'au quatrième jour de notre visite. La convalescence ne fut même pas longue, car les règles s'étaient montrées à l'époque suivante.

Tout le monde devine qu'il y eut chez cette jeune fille des effets multiples et survenus presque instantanément. D'abord la même cause, le froid, agissant sur plusieurs organes, la peau, les reins, le péritoine, l'utérus, déterminait le retrait du liquide sanguin

des capillaires de l'utérus et de la peau, en même temps qu'il provoquait une inflammation du péritoine, une irritation congestive des reins, deux affections à la roue desquelles poussait le détournement du sang. Des suffusions séreuses existantes, l'une, l'ascite, fut le produit combiné de la péritonite et de la disposition du sang appauvri en albumine par l'albuminurie ; les autres résultèrent de l'anémie albuminurique provoquée par le trouble des fonctions rénales, trouble peut-être suscité par une lésion matérielle des reins et l'augmentation de la masse sanguine, due autant à la suppression des règles qu'à la grande quantité de boissons qu'on fit ingérer à la malade.

Nous défions qui que ce soit de ranger ailleurs que dans la troisième classe cette observation d'hydropisie. Si dans un tiers des cas les suffusions séreuses provoquées par la disparition brusque ou lente de la menstruation peuvent être rapportées certainement aux altérations seules du sang, dans les deux autres tiers on reconnaît l'action simultanée de lésions des solides et d'altérations du sang.

Enfin, la liste des hydropisies de notre troisième classe se grossit encore de toutes celles qui, ayant une cause réelle et suffisante dans certaines altérations des solides, telles que la cirrhose du foie, les lésions organiques du cœur, etc., reçoivent encore une impulsion active de la part de l'anémie albuminurique que provoque la maladie de Bright, qui vient compliquer assez fréquemment, ainsi que l'ont démontré MM. Rayer et Becquerel, ces lésions initiales.

Cette classe d'hydropisies est donc, sans contredit, la plus nombreuse, la plus importante : on a pu s'en convaincre d'après l'exposé que nous venons d'en faire.

Symptomatologie.— Pouvons-nous maintenant instituer, même d'une manière générale et succincte, la symptomatologie de cette classe d'hydropisies ? Non évidemment. Elles offrent un aspect trop varié, trop dissemblable, ainsi que les causes qui les engendrent, pour que nous puissions tenter d'esquisser sous forme d'ensemble leurs symptômes saillants. Ces symptômes se rapportent, d'une part, aux lésions des solides, et ici variations infinies : d'autre part, à l'altération du sang, quelquefois dévoilée par des urines coagulables, le plus souvent ne pouvant être prouvée que par induction, d'après l'aspect individuel de chaque malade,

et l'insuffisance bien prouvée de la part des lésions des solides pour la perpétration de l'hydropisie.

Donc cette symptomatologie ne peut trouver place qu'en traitant de chaque hydropisie en particulier, suivant sa localisation. Là, l'étendue des détails permettra de l'asseoir tantôt avec des caractères positifs et précis, tantôt par des signes négatifs de lésions des solides ou du sang suffisantes, à elles seules, pour donner lieu aux épanchements séreux ; et alors c'est la voie d'analyse rigoureuse qui permettra de l'établir.

Traitement. Quant au traitement, on peut dire dès à présent d'une manière générale que, pour sa première partie, il devra être institué de façon à s'adresser aux lésions des solides et aux altérations du sang, base essentielle pour qu'il devienne fructueux, et que pour la seconde, il devra, comme dans toutes les suffusions séreuses en général, s'adresser aux épanchements eux-mêmes pour en provoquer l'élimination au dehors, n'importe par quel moyen, ou plutôt d'après tous les moyens médicaux d'abord, et chirurgicaux ensuite, si les premiers restent insuffisants ou nuls.

Hydropisies des membres paralysés. — Nous ne pouvons terminer ce chapitre, sans dire un mot de certains œdèmes qui se montrent quelquefois dans les membres paralysés, que Willis, Plisson, Mayou et Portal ont signalés et dont se sont plus spécialement occupés Itard et M. de Chamberet. Ces œdèmes appartiennent-ils en propre aux membres paralysés, ou plutôt résultent-ils du défaut d'incitation nerveuse dans ces membres? Nous ne craignons pas de répondre par une négative absolue, et nous sommes étonné que des auteurs tels que ceux nous venons de citer aient tenté de faire une classe à part de ces hydropisies partielles.

La logique doit être la raison souveraine pour la preuve de faits susceptibles d'explications diverses. Eh bien! nous nous adressons de suite cette question : L'œdème est-il la conséquence générale et rigoureuse de la paralysie? Non, répondons-nous encore. Non-seulement il n'en est pas conséquence rigoureuse, mais il se trouve dans une raison toute inverse : c'est-à-dire que l'œdème est l'exception à la suite de la paralysie, l'atrophie, la sècheresse du membre étant la loi générale. Cette atrophie, cette

sécheresse sont même en raison directe de l'ancienneté de la paralysie.

Or, si l'œdème est l'exception au lieu d'être la loi dans cette occasion, il ne faut point lui donner pour cause le manque d'incitation nerveuse dans le membre, lésion dont l'existence est nécessaire à la paralysie, et qui, par conséquent, existe toujours. Une cause permanente donne constamment ou presque constamment lieu aux même effets, et non exceptionnellement, c'est mathématique. Il faut donc chercher ailleurs que dans le défaut d'incitation nerveuse la cause de ces œdèmes. Évidemment ils seront dns, tantôt à une obturation veineuse ou à la compression de quelques veines, n'importe de quelle manière elle ait lieu, tantôt à la déclivité longtemps prolongée dans laquelle le membre aura été laissé, et encore dans ce cas l'œdème est-il fugace, c'est-à-dire susceptible de disparaître, pour revenir avec la même position du membre.

Nous admettons bien, comme tout le monde, que l'altération profonde que subit la nutrition des membres paralysés par suite de cessation d'incitation nerveuse, que l'absence des contractions musculaires n'aidant plus le sang veineux à remonter dans les tuyaux qui le contiennent, puissent apporter une raison apparente en faveur de ces œdèmes. Mais cette raison n'est qu'illusoire, puisque l'œdème devrait être d'autant plus considérable que la paralysie est ancienne, et c'est le contraire qui a lieu. Enfin, comme nous l'avons dit en commençant, l'œdème est l'exception dans les membres paralysés : la paralysie ne peut donc à elle seule être la raison de l'œdème, raison qu'il faut chercher naturellement dans une lésion des solides ; pour ce motif ces œdèmes rentrent dans la première classe.

CHAPITRE II.

DES HYDROPISIES EN PARTICULIER.

Art. 1er. — De l'anasarque.

Anasarque et leucophlegmasie sont deux expressions devenues synonymes dans le langage courant de la science pour désigner l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant à de larges surfaces, tandis que le nom d'œdème demeure réservé aux infiltrations restreintes. Telle est la manière dont les auteurs les plus modernes ont usé de ces dénominations ; nous ne nous écarterons pas de cette voie, et, pour nous, la leucophlegmasie et l'anasarque seront tour à tour mises en avant pour désigner les mêmes choses.

Voyez-vous une infiltration des extrémités inférieures ou supérieures, débutant par l'engorgement périmalléolaire ou facial pour gagner avec plus ou moins de rapidité et s'étendre bientôt à toute la surface du corps ? Vous êtes sur la voie de l'anasarque. Voyez-vous cette infiltration, ainsi procédant, s'accompagnant de la pâleur ou d'une coloration plus ou moins rouge de la peau, suivant la cause qui lui donne naissance, permettre au doigt qui presse la surface cutanée de lui imprimer une dépression digitale qui bientôt disparaît sous la puissance élastique des tissus ? Vous l'avez à coup sûr diagnostiquée.

Cette espèce d'hydropisie a eu, comme les hydropisies en général, à subir des divisions diverses suivant les auteurs qui en ont traité. Regardée comme idiopathique ou constituant une maladie propre, marchant isolément, en un mot essentielle, et comme symptomatique ou se rattachant à d'autres maladies, dont elle tire son origine, par Dance (1) et beaucoup d'autres, elle a été

(1) Dance, *Dictionnaire de médecine*, 1833, t. II, p. 507, art. *Anasarque*.

divisée en primitive, consécutive et symptomatique par Copland. L'anasarque primitive, suivant Copland, résulterait de l'action du froid, de la rétrocession de la sueur; la seconde d'un exanthème cutané, et la troisième ou symptomatique, d'un obstacle à la circulation dans le cœur ou d'une autre lésion viscérale (1).

M. Andral soutient que les causes de l'anasarque sont de différentes espèces (2); et le célèbre pathologiste est dans le vrai, tout en restant fort explicite. Broussais, qui reconnaît aux hydropisies quatre origines différentes, semble vouloir faire l'application de cette étiologie à l'anasarqne. Obstacle au cours du sang et de la lymphe, influence sympathique d'une phlegmasie chronique, cessation d'action des capillaires dépurateurs, assimilation imparfaite et débilité (3); voilà les quatre chefs auxquels il prétend la rattacher. Qu'on juge combien nous sommes loin de ces théories, la plupart sans fondement.

La division de l'anasarque en aiguë, subaiguë ou sthénique, et en chronique passive ou asthénique, semble remonter fort haut dans l'histoire, puisque Cœlius Aurélianus ne la considérait pas autrement (4).

C'est pourtant à cette division que s'est rallié M. Bouillaud. Ce professeur regarde l'anasarque aiguë ou active comme ayant plus d'un point de rapprochement avec les phlegmasies, et la passive comme reposant, dans la plupart des cas, sur un obstacle à la circulation (5).

Blackall (6), fort d'une longue et judicieuse expérimentation, est venu plus tard établir, comme nous l'avons dit, une division vraiment pratique et qui partage les anasarques en deux camps bien séparés, celles à urines coagulables, et celles à urines non coagulables ; malheureusement cette division toute pratique, laisse encore dans la plus grande incertitude pour les anasarques

(1) J. Copland, *Dictionary*, etc., part. II, p. 637, art. *Dropsy of the cellul. tyssu.*

(2) *Précis d'anatomie pathologique*, t. I, p. 319.

(3) *Examen des doctrines*, 3e édit. Paris, 1829, t. I, p. 49, propos. 216.

(4) *Morbor chronicor*, lib. III, cap. VIII.

(5) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. II, p. 322, art. *Anasarque.*

(6) *Observations on the nature and cure of dropsies.* London, 1818.

à urines non coagulables, et place sur une même ligne des hydropisies disparates quant aux causes.

Fidèle aux principes que nous avons émis en traitant des hydropisies en général, et bien persuadé que c'est conduire sagement le praticien que de le mettre immédiatement sur la voie de la cause des suffusions séreuses qu'il a à traiter, nous maintenons nos divisions pour l'anasarque comme pour tous les épanchements séreux, quel que soit leur siége. Nous la considérerons donc suivant qu'elle dépend d'une altération des solides, d'une altération du sang ou de l'altération combinée des solides et du sang.

Nous avons besoin de nous arrêter un moment sur les données fournies par l'anatomie pathologique dans l'anasarque que beaucoup d'auteurs se sont accordés à dénommer idiopathique, pour voir si ces données mêmes ne nous autorisent pas à la considérer comme résultant d'une altération du tissu cellulaire sous-cutané ou interstitiel.

Vous avez au début, infiltration des parties les plus déclives et de celles dont le tissu cellulaire est le plus lâche. Parmi les tissus cellulaires, celui qui fournit le moins de graisse est susceptible de plus d'ampliation suivant Meckel (1).

Le réseau sous-cutané contient plus de liquide que celui occupant les interstices musculaires et aponévrotiques. L'infiltration, d'après M. Andral, et comme tout le monde peut s'en convaincre, ne s'en tient pas au tissu cellulaire superficiel, mais gagne encore fréquemment celui situé profondément, tel que le sous-séreux et le sous-muqueux, quand l'hydropisie est considérable et de date ancienne (2).

D'après Lobstein, le tissu cellulaire est raréfié, perd sa cohésion, se ramollit au point de se rompre avec facilité ; les couches les plus minces et imperceptibles deviennent visibles alors qu'elles sont raréfiées par une infiltration séreuse (3).

Jusque-là, rien, comme on le voit, qui n'appartienne à toute anasarque ancienne et considérable, quelle qu'en soit la cause. Mais continuons.

(1) *Manuel d'anatomie générale*, etc. Paris, 1825, t. I, p. 115.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. III, p. 126, 3e édit., 1834.
(3) Lobstein, *Anatomie pathologique*, t. I, p. 179.

M. Bouillaud constate, au moyen d'une incision, que la couche celluleuse sous-cutanée présente une épaisseur insolite qui varie de quelques lignes à deux pouces : transparente, opaline, jaunâtre, bien souvent rosée, telles sont les nuances que cet auteur a trouvées à cette couche. Il la compare à une masse gélatineuse susceptible de se fondre par la pression qui en fait découler une sérosité plus ou moins abondante. Cet écoulement permet l'affaissement du tissu sous-cutané, qui offre alors une épaisseur moindre que dans l'état normal, par la disparition de la graisse, ou sa conversion en masse gélatineuse ; alors on constate l'agrandissement des mailles du tissu. Parfois, dit M. Bouillaud, il est réduit à un état de difluence remarquable, il semble avoir perdu toute apparence d'organisation, et présente absolument l'aspect d'une masse de mucosité transparente, ce qui motive bien la dénomination que quelques anatomistes lui ont donnée. D'autres fois il se trouve transformé en quelques filaments blanchâtres, comme fibrineux, qui paraissent avoir été lavés dans une grande quantité de sérosité (1).

Parmi les altérations du tissu cellulaire décrites par M. Bouillaud, les unes sont la conséquence de la cause qui a donné lieu à l'anasarque ; les autres sont consécutives à l'infiltration qui a duré longtemps, quelle qu'en soit la cause, et, par conséquent, étrangères au genre d'anasarque. C'est ainsi que quand on trouve le tissu cellulaire transformé en quelques filaments blanchâtres, comme fibrineux, etc., de telles altérations ne sont que le produit du séjour du sérum accumulé dans les nucléoles du tissu qu'il imbibe, macère, écarte et détruit partiellement. Eh bien ! de telles altérations ne sont pas plus propres à l'anasarque idiopathique qu'à l'anasarque symptomatique.

On a voulu encore tirer quelques signes de l'état de la peau en faveur de l'anasarque dite idiopathique. On a dit que, suivant que la suffusion séreuse est récente ou ancienne, considérable ou peu prononcée, la peau offre des teintes différentes depuis le rouge un peu vif jusqu'à la blancheur de la cire. Mais ces diverses colorations de la peau ne sont-elles pas, dans la plupart des cas, indépendantes de la cause qui préside à l'ana-

(1) Bouillaud, *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

sarque? Il est vrai que la coloration rosée, par exemple, accompagne fréquemment l'anasarque idiopathique, surtout quand elle est générale; mais on l'observe aussi dans certaines anasarques symptomatiques d'une altération du sang (la trop grande abondance) et d'une maladie du cœur, quand cette coloration n'affecte que certaines parties. C'est ainsi que fréquemment on voit les extrémités inférieures se couvrir d'une rougeur érythémateuse, soit que la peau, distendue outre mesure par l'accumulation du liquide s'irrite, soit qu'elle se congestionne par une pression toute mécanique de dedans au dehors.

Tiendrons-nous compte maintenant des gerçures, des fendillures, des traces linéaires semblables à celles qu'on observe sur les parois du ventre et les cuisses des femmes enceintes, et qui ne sont que le résultat de la distension du derme? Ces lésions s'observent tour à tour sur toutes les anasarques arrivées à un haut degré de développement. Nous avions encore, naguère, au Val-de-Grâce, deux hydropiques par maladie de Bright, qui nous présentaient ces signes à un degré prononcé; quelle analogie y a-t-il entre les anasarques qui succèdent à ce genre de maladie et l'anasarque idiopathique?

Les quantités du liquide accumulé dans les mailles du tissu cellulaire ne peuvent également rien prouver en faveur de l'anasarque idiopathique; mais il n'en est pas de même des qualités. Ici reposerait peut-être le signe le plus important. Sans entrer de nouveau dans le détail des résultats obtenus dans les analyses du liquide hydropique, que nous avons donnés ailleurs, nous rappellerons qu'en somme, ce liquide ne contient jamais autant d'albumine que le sérum du sang, et que la présence d'une grande quantité de ce principe, et surtout d'un peu de fibrine, serait un motif suffisant pour faire admettre l'irritation sécrétoire ou inflammatoire, comme cause de cette hydropisie.

M. Andral s'était déjà exprimé à peu près dans ce sens. L'exemple que cite M. Bouillaud (1) rentre dans cette dernière catégorie; le voici : chez une femme, dont les membres inférieurs, infiltrés depuis un temps considérable, avaient un volume monstrueux, tel qu'on l'observe dans certaines éléphantiasis des

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Arabes, la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire s'était épaissie et combinée en parties avec celui-ci et la peau, qu'elle avait en quelque sorte disséquée en s'insinuant dans ses aréoles. Selon nous, l'épaississement de cette sérosité n'était dû qu'à ce qu'elle contenait beaucoup d'albumine et de fibrine qui avaient subi une condensation plastique.

Nous-mêmes avons observé, en 1848, un état en tout pareil, chez une femme de soixante ans, la femme Jacques Adam de Falmagne, près Givet. L'infiltration des extrémités inférieures durait depuis deux ans. Il y avait six mois que la malheureuse n'avait pu se coucher à cause du monstrueux développement de ses membres. La sérosité avait infiltré, pénétré la peau, de façon à faire avec le tissu cellulaire un amalgame gélatineux et à lui donner une épaisseur sans exemple, avec rougeur parfois très-vive. Un suintement considérable avait lieu continuellement ; et pour recueillir du sérum, nous n'avions qu'à appliquer des linges propres dont on extrayait le liquide par la pression. Plusieurs fois nous avons traité, par l'acide azotique, ce liquide mis dans des tubes en verre ; la colonne formée par le précipité albumineux remontait, après repos de deux heures, à plus de moitié de la hauteur du liquide ; preuve évidente que l'albumine y était en proportion très-forte. Il y avait évidemment dans ce liquide un signe d'inflammation du tissu cellulaire, consécutive ou initiale, signe analogue à celui que fournit le liquide de l'hydrothorax par phlegmasie pleurale, où on trouve des proportions très-grandes d'albumine. Les qualités du liquide, dans ces deux cas, prouvent éminemment en faveur du genre d'anasarque.

En somme, d'après les données fournies par l'anatomie pathologique, comme d'après les faits rigoureusement observés, l'anasarque idiopathique, en tant qu'essentielle, nous paraît une abstraction ; il n'en est pas de même si on entend la rattacher à une altération du tissu cellulaire.

L'opinion de Breschet, Fodéré, Bouillaud, Darwall et Dance, qui regardent cette hydropisie comme le résultat d'un travail inflammatoire qui se passe dans les aréoles du tissu cellulaire nous paraît se rapprocher de la vérité, si elle ne constitue pas la vérité tout entière.

Si Lobstein avait bien compris le rôle de l'irritation congestive

ou de l'inflammation du tissu cellulaire dans ces hydropisies, il n'aurait pas avancé qu'on ne peut méconnaître l'influence du système nerveux dans les suffusions séreuses qui se forment brusquement et affectent une marche rapide.

Considérée comme les auteurs que nous venons de citer l'ont fait, l'anasarque idiopathique rentre dans notre première classe, et nous allons l'étudier sous ce point de vue, le seul qui lui appartienne.

Aurait-il mieux valu traiter de l'anasarque comme d'une infiltration générale sous-cutanée, en donnant seulement dans la symptomatologie, l'étiologie, etc., les différences que lui impriment les altérations diverses qui lui donnent le jour? ou bien vaut-il mieux l'étudier suivant ces altérations mêmes, c'est-à-dire d'après chacune de nos trois classes, et faire par conséquent une petite monographie pour chaque classe? Quoique ce système soit le plus long, nous ne balançons pas à l'adopter, parce que l'anasarque, dans les cinq sixièmes des cas, découlant de maladies dont le retentissement se fait sentir sur tout le système séreux, et se comportant diversement suivant qu'elle appartient à telle ou telle de ces maladies, il convient qu'elle soit dépeinte avec des caractères qui ne permettent aucune confusion dans le diagnostic, et qui, par suite, mettent directement sur la voie de la thérapeutique convenable.

§ 1er. — Anasarques par altération des solides.

A. *Anasarque par congestion active du tissu cellulaire ou phlegmasie subaiguë ou chronique.* — Les auteurs que nous venons de citer tout à l'heure, Breschet, Dance, Bouillaud, etc., ont-ils bien compris le rôle de l'inflammation quand ils rattachent à cette forme morbide du tissu cellulaire l'anasarque idiopathique ou active? Il nous est permis d'en douter. De tous les tissus, le cellulaire est celui qui, sous l'influence de l'inflammation, a le plus de tendance à la pyogénie. Les suppurations que l'on rencontre tous les jours, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans l'interstitiel, soit dans le sous-muqueux ou sous-séreux, en sont des preuves convaincantes. Ces suppurations localisées, parce que l'inflammation est plus

particulièrement concentrée sur le point suppuré, affecteraient la généralité du système cellulaire, si les causes qui provoquent l'inflammation localisée la développaient dans toute l'étendue de ce tissu, c'est logique; et cela serait d'autant plus vrai si ces causes agissaient partout avec une grande intensité; en un mot, si l'inflammation était aiguë partout, ce qui n'a certainement jamais été rencontré. Aussi sommes-nous convaincu, avec les données que nous avons aujourd'hui sur l'état inflammatoire, et les lignes de démarcation qui existent entre cet état proprement dit et la congestion, que l'anasarque par inflammation du tissu cellulaire est impossible, au moins par inflammation aiguë, et que celle que ces auteurs ont entendu caractériser ainsi appartient à la congestion active de ce tissu, et quelquefois seulement à son inflammation subaiguë ou chronique. L'expression consacrée par M. Andral, hypercrinie, rend parfaitement compte de cette congestion exhalante ou de l'anasarque par congestion. Le tissu cellulaire sous-cutané peut, comme tous les autres tissus, et dans des circonstances données, être affecté de cette congestion dans tout ou partie de son étendue ; de là divers œdèmes ou l'anasarque. Nous avons établi, en traitant des hydropisies en général, comment la congestion donne lieu aux collections séreuses, nous n'y reviendrons pas. En faisant l'histoire de cette anasarque, nous sommes contraint de la regarder comme découlant tantôt de la congestion active, pure et simple, du tissu cellulaire, et tantôt de sa phlegmasie subaiguë ou chronique ; ces deux états ne pouvant être rigoureusement séparés au lit du malade. Aussi dans l'étiologie, la symptomatologie et le traitement, tout sera commun à ces deux états, dont la ligne de démarcation, en face de l'anasarque, est souvent très-difficile et impossible.

Étiologie. — Cette partie est peut-être plus facile à admettre logiquement qu'à prouver matériellement. Il nous faut rechercher les causes qui peuvent déterminer la congestion active ou l'inflammation subaiguë ou chronique du tissu cellulaire. Protégé par une couche épaisse du derme, ce tissu paraît de prime abord inexpugnable aux agents extérieurs. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. En dehors des communications nerveuses et vasculaires qu'ont entre eux la peau et le tissu cellulaire, il existe

des rapports de contiguité, au moyen desquels la première transmet directement au second et de proche en proche certaines impressions reçues. La peau ressent-elle le contact du froid et de la chaleur? elle transmet, par ce mécanisme, l'impression reçue au tissu cellulaire. La sensation de froid est le résultat de la tendance du corps à se mettre en équilibre avec la température extérieure, et par suite, de la perte de son calorique propre qu'il cède à l'air atmosphérique; c'est la surface cutanée qui est le principal siége de la déperdition du calorique du corps; mais le tissu cellulaire, placé immédiatement au-dessous, et devant se maintenir en équilibre avec la peau, perd aussi du calorique et éprouve les effets du froid. Si on ajoute à ces effets tout physiques ceux qu'entraînent encore les communications nerveuses et vasculaires qui unissent la peau au tissu cellulaire, on verra que celui-ci, tout protégé qu'il est par la première, est grandement accessible au froid, cette cause si puissante d'irritation et de congestion. Si le froid est humide, ou plutôt, s'il y a en contact avec la peau une atmosphère froide et saturée de parties aqueuses, une raison de plus existe pour que le tissu cellulaire en ressente les effets. Cette raison est l'imbibition dont les tissus sont susceptibles; imbibition qui a lieu non-seulement par la simple perméabilité des tissus (Endosmose de Dutrochet), mais encore par un effet qui leur est propre, qui leur fait absorber les parties fluides ou gazeuses des corps qui les environnent.

Voilà qui établit, sans conteste, une des principales causes d'irritation, de phlegmasie subaiguë ou chronique du tissu cellulaire, et consécutivement de son infiltration séreuse : mais à celle-ci vient s'en ajouter une autre dans les mêmes circonstances; elle vaut la peine qu'on la mette à jour.

Le froid, en agissant sur la surface cutanée, supprime en tout ou en partie l'exhalation habituelle de la peau. Si cette exhalation n'est pas remplacée par l'augmentation subite d'une autre sécrétion, telle que celle des reins, une grande quantité d'eau se trouve déversée dans le sang pour en augmenter sa masse. En supposant que la peau perde en 24 heures, par la transpiration sensible ou insensible, 500 grammes de parties aqueuses, si ses fonctions sont supprimées sans être remplacées par d'autres fonctions excrétoires, c'est 500 grammes d'eau en plus qui restent

dans la masse sanguine par 24 heures. De cette augmentation dans la masse du sang, disposition à la plénitude des capillaires, aux congestions. Comme le tissu cellulaire est déjà dans un commencement d'irritation par l'action directe du froid, sa tendance à la congestion est accrue d'autant ; c'est sur lui naturellement que se portera le liquide sanguin attiré par l'irritation qui y existe, et refoulé qu'il est des capillaires cutanés par l'effet de l'impression de l'air extérieur.

C'est dans de telles conditions qu'ont été observées presque toutes les anasarques dites idiopathiques, et que nous appelons, nous, par congestion du tissu cellulaire.

Si on scrute les âges, on verra que ceux où on la rencontre le plus, habituellement fournissent un appui imposant à cette manière de voir : en effet, c'est au moment de la naissance, dans le bas âge et l'âge adulte qu'ont lieu ces leucophlegmasies. Dans la première circonstance, il y a hypérémie cutanée et cellulaire générales, en raison du manque complet d'habitude de la part de la peau au contact de l'air extérieur ; aussi le sclérème, qui, pournous comme pour beaucoup d'autres, n'est qu'une anasarque telle que nous venons d'en décrire le mécanisme, résulte de la congestion ou peut-être de la phlegmasie du tissu cellulaire par irritation due au premier contact de l'air extérieur. La coloration jaune de la peau, qui trouve une raison d'être dans les circonstances de la parturition, ne saurait suffire à le distinguer de l'anasarque. La grande plasticité du liquide épanché, qui donne une certaine dureté aux tissus qu'il infiltre, ne témoigne que d'un état plus avancé de la congestion, d'un premier degré d'inflammation du tissu cellulaire.

Dans le bas âge, la peau n'est encore que peu habituée au contact atmosphérique, et conserve une susceptibilité qui est facilement mise en jeu par le froid. Chez les adultes, il y a souvent plénitude des capillaires, abondance de sang ; et alors, les causes énumérées plus haut agissant de la façon que nous avons indiquée, la congestion sur le tissu cellulaire est rapide, et l'anasarque prompte à apparaître.

Pour les personnes du sexe arrivées à l'âge adulte ou dans la vigueur de l'âge, il y a une autre raison qui vient ajouter à la somme de toutes ces causes enchaînées ensemble. En effet,

quand une jeune femme ou une fille est dans ses époques, l'exposition au froid peut entraîner la suppression de l'écoulement menstruel et déterminer une anasarque, ainsi que tous les médecins ont pu l'observer. Mais qu'on le remarque bien ! ce n'est pas la suppression des règles, comme on l'a dit et écrit sans trop de fondement, qui suscite alors la suffusion séreuse, cette suppression ne devient qu'une cause en plus. L'abondance du sang chez le sujet, au moment où le froid agit, la suppression de la transpiration cutanée, l'irritation du tissu cellulaire sous-cutané, voilà les causes les plus puissantes de la congestion : puis la suppression d'une hémorrhagie destinée à projeter au dehors un sang désormais inutile, et qui vient augmenter mal à propos la masse en circulation, tels sont, si nous ne nous trompons, les phénomènes qui se succèdent, se lient, pour entraîner une congestion générale du tissu cellulaire et l'anasarque à la suite.

Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'une frayeur subite agisse sur l'organisme à l'instar du froid ? Aussi a-t-on pu observer des leucophlegmasies, dites idiopathiques, surgir promptement à la suite d'une terreur panique. Le sang pourrait peut-être avoir subi, dans ce cas, une altération particulière. Cette altération serait rendue bien sensible par ce vieux proverbe qui dit, dans ces cas, qu'on a le sang tourné en eau; mais cette altération, qui n'a pas encore été matériellement constatée, n'annihile point l'influence des suppressions d'exhalation cutanée et de congestion cellulaire.

En traitant aussi rapidement que nous le faisons, mais cependant avec précision, de l'anasarque par congestion ou inflammation du tissu cellulaire, on voit que nous faisons bonne justice de l'anasarque idiopathique, essentielle. Pour l'hydropisie, peut-être plus que dans bien d'autres altérations morbides, le mot essentiel doit être banni du langage médical, et nos recherches d'anatomie pathologique nous ont appris à démasquer, sous le voile de l'essentialité, des altérations de tissus ou du sang qui rendent un compte juste de l'avénement de la collection séreuse. Avant nos récentes découvertes sur les altérations du sang, l'anasarque essentielle pouvait encore supporter le grand jour; aujourd'hui que là où l'altération du solide manque, on rencontre presque à

coup sûr celle du sang, l'anasarque essentielle disparaît pour toujours.

Accuser la rupture de l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption comme cause de l'anasarque, c'est ne voir que la superficie d'un fait; c'est à la cause matérielle de cette perte d'équilibre qu'il faut s'adresser. C'est ce que nous faisons aujourd'hui, et nous croyons être dans le vrai. Une irritation de tissu, une altération du sang changent les conditions d'exhalation et d'absorption, voilà la vraie cause de l'hydropisie; la perte d'équilibre entre ces deux fonctions n'est que conséquence, moyen d'action de la part de la cause active pour son but final, qui est la suffusion séreuse.

Symptomatologie. L'anasarque par congestion active du tissu cellulaire est, comme la congestion elle-même, rapide dans son apparition et dans sa marche : elle peut s'effectuer en quelques heures, suivant la pétulante énergie de la cause qui suscite la congestion, jointe à des dispositions individuelles favorables. C'est d'abord une tuméfaction molle qui se manifeste dans un ou plusieurs points, pour s'étendre rapidement à une plus grande partie de la périphérie cutanée; cette tuméfaction, molle, prend bientôt plus de consistance, résiste au doigt ou à la main qui la presse pour se laisser déprimer ensuite; et si elle porte l'empreinte du doigt qui l'a comprimée, elle revient sur elle-même peu de temps après. Si, d'après l'observation des faits, l'anasarque consécutive aux affections organiques du cœur procède le plus souvent des extrémités inférieures au tronc, si celle qui succède à la maladie de Bright suit habituellement une marche inverse, celle-ci n'a pas de lieu où elle débute de préférence. C'est le point le premier ou le plus fortement congestionné qui est le premier envahi par l'infiltration, tandis qu'elle apparaît presque spontanément partout, si la congestion est subitement et instantanément généralisée. Mais, même dans ce cas, d'après les lois de la pesanteur et celles de résistance, elle est plus saillante dans les points les plus déclives, là où le tissu cellulaire est moins dense, où les mailles sont moins serrées et l'accumulation de la graisse moins considérable.

C'est dans ce genre d'anasarque que la peau se couvre souvent, au début, d'une rougeur érythémateuse, plus ou moins pronon-

cée, rougeur qui finit par s'effacer à mesure que la collection séreuse augmente et distend la peau. Cette rougeur est elle-même accompagnée fréquemment, en quelques points, de petits boutons qui semblent siéger dans l'épaisseur du derme, et qui se développent davantage au contact d'un corps irritant, tel que l'urine, etc. Ces rougeurs peuvent devenir plus prononcées avec les progrès de l'anasarque, se montrer par plaques, affecter des formes diverses, et se présenter sous forme d'engorgement cutané avec élevure plus ou moins régulière, depuis le simple rosé jusqu'au rouge livide. Il n'est pas rare d'observer de vraies ecchymoses, ce qui indique alors une suffusion sanguine dans l'épaisseur du derme.

Dirons-nous maintenant que dans cette anarsarque, et surtout au début, les malades sentent une ardeur, une chaleur générale qui s'harmonise parfaitement avec la congestion active qui s'effectue au sein du tissu cellulaire? Ajouterons-nous qu'en même temps, la température de la peau s'élève aussi ; ce qui coïncide avec l'afflux du sang dans les capillaires, et que ces deux phénomènes diminuent sensiblement à mesure que la suffusion séreuse progresse, pour faire place à des phénomènes tout opposés, une fois qu'elle a acquis des proportions considérables? Ces phénomènes, tout opposés sont aussi bien la conséquence de l'état actuel que les premiers étaient en harmonie avec la turgescence des capillaires. En effet, quand la suffusion séreuse est considérable, il y a compression de la peau de dedans en dehors, interception de la circulation, par conséquent de la calorification; en outre, le liquide interposé empêche l'émission du calorique, par contact, entre le tissu cellulaire et la peau.

Quel autre genre d'anasarque saurait présenter cette symptomatologie, si bien adaptée à celle par congestion active ou inflammation du tissu cellulaire?

L'exaltation de la sensibilité ou la douleur accompagne aussi cette anasarque. Cette douleur est ressentie par les malades dans les membres ou toutes les parties du corps où s'effectue la suffusion séreuse; mais elle doit être divisée en deux époques, se rapportant aux deux modifications différentes qui lui donnent naissance. La douleur a lieu d'abord au début, ce qui a servi d'argument entre les mains des auteurs qui considèrent cette

leucophlegmasie comme conséquence de l'inflammation du tissu cellulaire. Pour nous, la douleur du début n'a pas cette valeur; elle résulte de ce que la congestion des capillaires exerce sur les parties voisines une compression qui dégénère en tiraillements, dont les effets se font ressentir sur les filets nerveux voisins. A une autre époque, quand l'épanchement séreux s'est effectué, cette douleur trouve une autre raison d'être; alors la congestion a cessé, l'exsudation séreuse a désempli les capillaires; mais un autre phénomène surgit : la compression qu'exerçait la congestion des capillaires est produite par le liquide épanché. La distension des mailles du tissu cellulaire par ce liquide donne lieu au tiraillement dont nous avons parlé, tiraillement qui est augmenté par la tension de la peau elle-même. Tels sont les phénomènes locaux propres à cette anasarque, la plus rare de toutes, sans doute!

Si nous passons aux phénomènes généraux, nous voyons que du frisson marque presque toujours le point de départ de la maladie. Ce frisson la précède de quelques heures à quelques jours; il est l'expression d'un trouble profond ressenti par l'économie. Plus ou moins intense ou durable, il est suivi d'une réaction, d'une chaleur fébrile à divers degrés avec son cortége ordinaire, céphalalgie, soif, accélération de la circulation. En raison de la congestion qui s'opère sur le tissu cellulaire, les reins fonctionnent moins, les urines sont rares. Non-seulement la fonction des reins est diminuée, mais elle se pervertit; aussi, avec leur rareté, voit-on les urines offrir une coloration rouge, déposer au fond du vase un dépôt sédimenteux, briqueté, qui a donné lieu à méprise à quelques observateurs peu expérimentés, qui prétendaient voir un dépôt albumineux dans cet amalgame.

Darwall et Copland, d'après Abercrombie, rattachent à l'anasarque qu'ils appellent idiopathique une gêne très-grande dans la respiration. Il y a évidemment ici une erreur qu'il importe de relever. Par elle-même, l'anasarque par congestion active du tissu cellulaire, l'hypercrinie, pas plus que les autres anasarques, ne saurait apporter de grands troubles dans la respiration: l'infiltration des parois thoraciques, en empêchant leur libre mouvement, peut bien déterminer un peu de dyspnée; mais ce

n'est pas là la cause réelle de cette gêne très-grande de la respiration dont parlent les auteurs précités, et qu'ils ont entendu généraliser dans cette anasarque.

Quand cette gêne très-grande existe, elle résulte évidemment d'un œdème pulmonaire, de la participation du tissu cellulaire des poumons à l'infiltration générale. Cette circonstance, qui se montre quelquefois, est loin d'être générale, et, quand elle apparaît, il n'est permis à personne de la méconnaître avec les moyens si précieux de diagnostic que nous possédons aujourd'hui.

Quand l'œdème pulmonaire apparaît, non-seulement il y a dyspnée qui peut être portée à son summum, mais il survient encore une toux opiniâtre résultant de la gêne qu'éprouvent les organes de la respiration, et de leurs efforts pour se débarrasser, par l'expectoration, de ce corps irritant et incompatible avec leur libre fonctionnement.

Nous n'avons observé, dans toute notre pratique, que deux cas d'anasarque par congestion du tissu cellulaire (idiopathique des auteurs); dans ces deux cas, nous n'avons pas vu de dyspnée considérable, et nous n'avons pas eu à signaler d'œdème pulmonaire. Sur cinq autres observations que nous avons trouvées dans les auteurs, ce caractère s'est présenté une seule fois.

Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. Si l'anasarque par congestion du tissu cellulaire apparaît soudainement et marche avec rapidité, sa durée, en revanche, est peu longue et se trouve en raison directe de la rapidité du développement. Sa terminaison la plus fréquente est heureuse; c'est la résolution, la résorption du liquide épanché qui la constitue; et c'est, d'après l'observation, dans les deux premiers septénaires qu'elle s'effectue, rarement plus tard. Dans les deux cas qui nous sont passés par les mains, la résorption du liquide épanché était terminée, une fois, dès le huitième jour; et l'autre fois, le dix-neuvième seulement. Sur les cinq observations que nous avons empruntées aux divers auteurs, le minimum de la durée a été de onze jours, le maximum de vingt-neuf, et la moyenne de seize à dix-sept.

La mort est un fait exceptionnel, s'il ne survient quelque complication grave, ou s'il ne s'effectue un déplacement, une sorte de métastase de la part du liquide épanché. Pour nous, cette métastase, admise par des auteurs de premier ordre, n'est autre

chose qu'une nouvelle congestion s'opérant sur quelque séreuse de première importance, telle que l'arachnoïde, le péricarde, etc., et donnant lieu à un épanchement dans le sein des cavités de ces membranes, congestion qui aurait lieu au moment où la résorption du liquide qui infiltrait le tissu cellulaire est achevée ou presque achevée. Nous sommes confirmé dans notre manière de voir, justement par les motifs qui portent Dance à admettre cette métastase. « Ordinairement alors, dit cet auteur, il ne survient point d'évacuation supplémentaire (par les urines ou les sueurs) qui corresponde à la disparition de l'hydropisie; les malades s'affaissent tout à coup, et tombent dans un état subapoplectique suivi d'une gêne croissante dans la respiration et d'une mort prompte. A l'autopsie, on trouve les cavités du cerveau et quelquefois celles des plèvres distendues par de la sérosité, tandis que les portions où siégeait primitivement l'hydropisie sont affaissées; d'où l'on est réellement porté à penser qu'il s'est opéré une métastase séreuse de l'extérieur à l'intérieur (1). »

Ne voit-on pas, dans ces cas, que le liquide des hydropisies, repris par la circulation sans être éliminé au dehors, augmente la masse du sang, et que cette augmentation est cause de la nouvelle congestion qui s'opère sur les séreuses dont nous venons de parler? Certainement cet effet n'aurait pas lieu si le liquide hydropique, repris par la circulation, était projeté au dehors par une sécrétion ou exhalation suractivée.

L'anasarque dont nous traitons est-elle susceptible de récidiver? Rien ne s'oppose à une telle manière de voir, si la cause initiale qui l'a provoquée n'a pas été suffisamment combattue ou écartée.

Complication. Abercrombie admet, comme complication fréquente de l'anasarque idiopathique, un état qu'il caractérise de demi-phlogose des poumons. Nous ne voyons là que l'œdème pulmonaire, que nous avons déjà supposé pouvoir apparaître par une plus grande généralisation de la congestion qui se porterait sur le tissu cellulaire pulmonaire. Il est bien vrai que, le sujet s'y prêtant, tel œdème du poumon peut dégénérer ou susciter la

(1) Dance, *Dictionnaire de Médecine*, 1833, t. II, p. 514.

phlogose de l'organe, que nous caractérisons de pneumonie œdémateuse. Cette pneumonie, nous l'avons fréquemment observée dans les anasarques consécutives aux affections organiques du cœur, et jamais dans celle qui nous occupe.

Diagnostic différentiel. Les auteurs qui ont traité de cette anasarque, sous le nom d'idiopathique, n'ont jamais bien assis son diagnostic en s'occupant des signes qui peuvent la faire distinguer d'autres anasarques, voire même d'autres maladies. Cette lacune mérite d'être sérieusement remplie, surtout quand, comme nous, écartant l'expression idiopathique qui laisse nécessairement un vague dans l'esprit, nous définissons cette leucophlegmasie par congestion active du tissu cellulaire, ce qui rend amplement et clairement le fait et son mécanisme.

Quelles sont les maladies autres que les anasarques de genres différents avec lesquelles celle-ci pourrait être confondue? Une seule se présente à notre esprit, c'est l'emphysème sous-cutané. L'erreur ne peut durer longtemps cependant; car, si ces deux maladies peuvent avoir plusieurs points de contact, tels que la soudaineté de l'apparition et la rapidité du développement, un certain érythème de la peau et le gonflement plus ou moins considérable des membres et de la périphérie du corps, il est un point essentiel qui les différencie, et ce point ne peut être méconnu en aucun cas. La pression exercée par le doigt sur une partie frappée d'anasarque, comme d'emphysème pulmonaire, laisse bien à la peau une empreinte digitale qui disparaît peu à peu dans l'un et l'autre cas; mais, dans l'emphysème, la pression suscite un bruit particulier, une crépitation sous-cutanée bien appréciable au toucher et quelquefois à l'ouïe, crépitation qui est due au refoulement des bulles aériennes. C'est là un signe pathognomonique qui ne permet pas de méprise.

Quant à distinguer l'anasarque par congestion active, irritation sécrétoire du tissu cellulaire, des autres espèces : quoique le problème paraisse plus difficile, rien n'est cependant plus aisé pour un médecin logique et expérimenté. Il faut s'aider ici des signes positifs et négatifs ; les uns et les autres servent à faire élimination, et le diagnostic doit finir par être juste.

Partager, comme l'a fait Blackall, les anasarques en deux classes, suivant que les urines sont ou non albumineuses, c'est

simplifier grandement la question. Toute anasarque à urines coagulables découle nécessairement, quelle que soit la manière dont elle procède, de la néphrite albumineuse aiguë ou chronique, ou d'une altération initiale du sang. Le cercle se trouve donc singulièrement rétréci. Reste à voir à quelles lésions se rattachent les anasarques à urines non albumineuses, et cela conduit au diagnostic précis de celle qui est suscitée par la congestion du tissu cellulaire. Au point où en est aujourd'hui la science, les anasarques à urines non albumineuses ne peuvent être rapportées qu'à quelques chefs principaux : oblitération par compression, ou obturation, d'un tronc veineux principal, tel que les veines caves, la veine porte : engorgement du foie ou de la rate; et encore on se rappellera les restrictions que nous avons apportées à ces dernières lésions en traitant des hydropisies en général : altérations des reins autres que la néphrite albumineuse, aiguë ou chronique; affections organiques du cœur, tels sont les chefs auxquels on peut rapporter les anasarques à urines non coagulables et dépendant d'une altération des solides. Puis viennent celles qui dépendent d'une altération du sang, la trop grande abondance, l'anémie albuminurique; et enfin celles qui, toujours à urines non coagulables, dépendent de la double altération de solides et du sang.

Eh bien ! quand le médecin aura réfléchi que les anasarques qui succèdent aux diverses altérations des solides plus haut mentionnées surgissent avec une certaine lenteur, marchent dans leur développement avec une progression graduée, gagnant des extrémités au centre, tandis que celle par congestion du tissu cellulaire apparaît spontanément, est rapide dans son évolution, et frappe presque simultanément les divers points de la périphérie; quand, après la constatation de sa brusque apparition et de son développement rapide, il n'aura pu rencontrer aucune altération du foie, des reins, du cœur, il aura la presque certitude d'avoir affaire à une anasarque par congestion du tissu cellulaire, si, surtout, les phénomènes de réaction sont passablement saillants, comme cela a presque toujours lieu.

L'anasarque par obturation d'un principal tronc veineux est sans doute celle qui donnerait plus facilement lieu à la méprise, par la difficulté de bien connaître la lésion matérielle. Mais,

outre que cette anasarque procède aussi à son développement avec une lenteur prononcée, ou au moins sans phénomènes de réaction, ce qui éloigne de l'idée l'anasarque qui nous occupe; les efforts de l'organisme tendant à établir une circulation collatérale supplémentaire, sont cause de l'apparition d'un signe qui ne laisse pas que d'être précieux. Nous voulons parler du développement anormal des veines sous-cutanées des membres et des parois abdominales, qui rend accessible à la vue les réseaux les plus ténus de ce système. Ce signe, que M. Reynaud a voulu donner comme preuve de la possibilité de la cure de l'anasarque par obturation veineuse, nous reste comme excellent moyen de diagnostic différentiel.

La phlegmasia alba dolens, ou œdème douloureux des femmes en couches, peut-elle être confondue avec notre anasarque par congestion du tissu cellulaire? Depuis Mauriceau, Delamotte et d'autres auteurs qui ont traité de la phlegmasia alba dolens, cette confusion a été commise, et cela a quelque droit à notre surprise. Que la phlegmasia alba dolens soit une *cruralphlebitis*, comme l'appelle Robert Lée, qu'elle soit une angeioleucie, comme le veulent quelques pathologistes modernes, deux circonstances capitales doivent la faire distinguer de l'anasarque. D'abord, elle ne s'attaque qu'aux extrémités inférieures, le plus souvent à une, et l'infiltration, débutant par la cuisse, descend à la jambe et aux pieds, ce qui est le contraire pour l'anasarque. Ensuite, tandis que la pression du doigt laisse une empreinte à la peau dans celle-ci, le même fait n'a pas lieu dans la phlegmasia alba dolens. Si la circonstance des couches était une condition nécessaire à son développement, ce serait encore un signe différentiel; mais nous admettons complétement l'aperçu de M. Robert Lée, qui dit que cette affection se développe aussi chez des femmes non enceintes, et même chez des hommes.

Il est vrai que la phlegmasia alba dolens est précédée, comme l'anasarque par congestion du tissu cellulaire, d'un frisson initial, et accompagnée, comme elle aussi, de phénomènes de réaction. Mais pourra-t-on jamais confondre deux affections, dont l'une reste limitée aux extrémités inférieures, tandis que l'autre envahit rapidement toute la surface du corps; deux affections qui présentent des différences aussi tranchées que celles que

nous avons exposées ? La phlegmasia alba dolens ne pourrait être confondue qu'avec l'œdème des extrémités inférieures par obturation veineuse ou non. Nous avons annoncé, en principe, que nous distinguions essentiellement l'anasarque des divers œdèmes partiels, les uns n'étant que le résultat d'un état morbide localisé, l'autre dépendant de la généralisation de cet état morbide à tout ou à la plus grande partie du système cellulaire.

Nous l'avons déjà dit, pour nous, le sclérème et l'anasarque par congestion du tissu cellulaire sont une même maladie : la plus grande plasticité du liquide épanché donne plus de consistance aux tissus infiltrés, voilà la seule différence. M. Léger avait adopté à peu près la même conclusion, en se fondant sur ces motifs (1). Billard, muni de faits particuliers fort concluants, arrive à la même solution (2), et M. Andral adopte sans hésitation cette manière de voir (3). Cette question nous paraît donc pleinement jugée : et il n'y a pas lieu de chercher à établir les signes différentiels de deux maladies, les mêmes au fond, quoique l'une d'elles, le sclérème, procède d'un état plus avancé de congestion, d'un commencement de phlegmasie cellulaire, ce dont témoigne la plasticité plus grande du liquide épanché.

Dans aucun cas, l'éléphantiasis des Arabes ne saurait être confondu avec l'anasarque, pas plus que l'œdème des femmes en couches. Les auteurs de *Compendium* ne se piquent pas toujours de logique, et en voici une preuve : « Lorsque, disent-ils (en répétant à cette occasion les paroles de M. Rayer), l'éléphantiasis s'annonce par des symptômes fébriles, accompagnés d'une douleur suivant le trajet des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques d'un membre, il offre à peu près les mêmes caractères que certains œdèmes des femmes en couches, et dans lesquels les veines des principaux membres ont été trouvées oblitérées par des caillots fibrineux. A cette période, l'éléphantiasis des Arabes peut être confondue avec l'anasarque idiopathique aiguë, etc. (4). » Ainsi, après avoir établi qu'à une certaine période l'éléphantiasis offre les mêmes caractères que l'œdème des

(1) *Archives générales de Médecine*, 1825, t. VII, p. 16 et suiv.
(2) *Traité des Maladies des enfants*, 1833, p. 181.
(3) Andral, *Précis d'Anatomie pathologique*, Paris, 1829, t. II, p. 577.
(4) *Compendium de Médecine*, t. I, p. 93 et 94.

femmes en couches, ces auteurs concluent qu'à cette période il peut être confondu avec l'anasarque idiopathique aiguë. Eh bien, qu'on remarque la contradiction ! A la page précédente, ils avaient péremptoirement prouvé que l'œdème des femmes en couches ne saurait être confondu avec l'anasarque idiopathique ; donc, si l'éléphantiasis présente les mêmes caractères que cet œdème, elle ne peut se confondre non plus avec l'anasarque. Il est vrai que, plus loin, ils énumèrent quelques caractères qui servent à le différencier.

L'éléphantiasis, même à cette période, ne peut être prise pour une anasarque par congestion ou phlegmasie du tissu cellulaire, l'un marchant avec des caractères de localisation bien tranchés, l'autre se généralisant avec célérité. Plus tard, la méprise est encore plus impossible, car la configuration des organes engorgés et les altérations de la peau, dans l'éléphantiasis, établissent une ligne de démarcation infranchissable.

L'anasarque par anémie albuminurique sans urines coagulables ne peut, en aucun point, être confondue avec celle-ci. Procédant de ce qu'on appelle une cachexie, elle surgit toujours chez des sujets à constitution détériorée, à teint pâle, jaune ou plombé ; sa marche est lente ; elle est sans phénomène de réaction, et présente tous les signes des hydropisies dites passives : on voit donc qu'elle n'a aucun rapport avec l'hydropisie par congestion du tissu cellulaire.

Mais celle qui succède à la trop grande quantité de sang offre une telle similitude avec elle, qu'il deviendrait peut-être impossible de les distinguer l'une de l'autre, si ce n'est par les antécédents, en remontant aux causes qui ont pu déterminer la congestion du tissu cellulaire. L'une et l'autre marchent avec le même cortége de phénomènes de réaction, apparaissent avec la même soudaineté, et progressent avec la même vitesse ; mais, s'il y a de la peine à les distinguer, puisqu'au fait elles doivent tenir souvent l'une de l'autre, l'erreur ne saurait être funeste, le même traitement leur étant applicable à toutes deux. Les anasarques par altération du sang et des solides se distinguent de celles par congestion du tissu cellulaire, en ce que, d'une part, il est toujours facile de reconnaître quelques lésions de tissus ; ensuite parce que l'anémie albuminurique, pour ne pas procéder

de l'albuminurie, n'en tire pas moins sa source de sujets à cachexie plus ou moins prononcée; et, dans tous les cas, la manière dont elles procèdent, la marche qu'elles suivent, leur ténacité habituelle, l'absence plus ou moins complète de phénomènes de réaction, tout, en un mot, chez elles, éloigne l'idée de suffusion séreuse par congestion du tissu cellulaire.

B. *Anasarques par obstacle à la circulation.* — Voici sans doute la suffusion séreuse la plus fréquente, soit que l'obstacle à la circulation en soit la cause unique, soit qu'il agisse de concert avec une altération du sang, ce qui se rencontre dans un bon nombre de cas. Quand nous disons que cette leucophlegmasie est la plus fréquente, c'est que nous avons, à l'appui de notre opinion, la double démonstration des faits et de la théorie. Sur deux cents observations d'anasarques que nous avons recueillies et analysées dans divers auteurs ou écrits périodiques, et dont quelques-unes nous sont propres, celles par obstacle à la circulation, seul ou compliqué, n'y figurent pas pour un nombre moindre de quatre-vingt-quinze. Si l'on consulte la théorie, on voit que, de tous les mécanismes pour la production des épanchements séreux, l'obstacle à la circulation veineuse est celui qui les engendre plus sûrement. Ici, l'effet suit immédiatement la cause, à très-peu d'exceptions près; tandis que, dans toutes les autres altérations susceptibles de conduire au même résultat, il faut qu'il soit arrivé tel ou tel degré, il faut telle ou telle condition.

L'obstacle à la circulation veineuse, comme cause d'hydropisie, était soupçonné depuis longtemps, plutôt que démontré. Des expériences et des faits isolés avaient donné cette présomption. C'est à Lower qu'il faut remonter pour trouver des expériences concluantes; c'est lui qui, ayant lié la veine cave supérieure d'un chien, trouva dans l'abdomen de cet animal, qui succomba, un épanchement séreux considérable, en tout analogue à celui des hydropiques. Boerhaave, riche de quelques faits dus à son observation personnelle, avait déjà entrevu cette cause d'anasarque. Van Swieten, Frédéric Hoffmann avaient complétement adopté les aperçus de Boerhaave; et Morgagni avait avancé que toute cause qui peut retarder le cours du sang et de la lymphe est susceptible de donner naissance à l'hydropisie. Depuis la *Disserta-*

tion de Lost et Geetzinger, parue en 1673, et où il était établi que l'anasarque découle d'un trouble de la circulation de la lymphe, quelques pathologistes ont cru pouvoir la rapporter à la rupture des vaisseaux lymphatiques, d'autres à leur état variqueux, quelques-uns enfin à la compression exercée sur eux ou sur leurs glandes. Monro et Dupuytren avaient réfuté victorieusement ces appréciations, puisqu'en liant le canal thoracique d'un chien, ils ne déterminèrent aucune hydropisie.

M. Andral est venu, à son tour, aborder cette question sans la résoudre complétement par la négative. Cet auteur dit que, dans la plupart des cas recueillis par lui, il lui a paru n'y avoir que pure coïncidence entre l'anasarque et l'oblitération du canal thoracique, que Cheston avait trouvée dans un cas remarquable.

Il ajoute que, quand il a rencontré cette oblitération, l'hydropisie n'était pas un phénomène constant, et que, quand elle existait, il y avait d'autres lésions qui pouvaient en rendre un compte suffisant; qu'enfin, dans tous les cas, le cours de la lymphe n'était pas complétement interrompu dans le canal thoracique, puisqu'elle circulait à l'aide de vaisseaux collatéraux dilatés, qui, partant d'un point inférieur à l'obstruction, allaient aboutir à un point supérieur.

Les données sur l'action de la compression ou obturation des lymphatiques, ou l'obstacle au cours de la lymphe, comme cause d'hydropisie, étaient à peu près complétement controuvées, quand M. Bouillaud, dans un Mémoire publié en 1823 (1), acheva de déraciner les dernières croyances à ce sujet. Ce professeur établit d'une manière positive ce grand fait adopté aujourd'hui par tous les médecins, que l'obstacle à la circulation veineuse est une cause d'anasarques, et que toutes les hydropisies passives dépendent de cette cause. Le savant professeur, qui a rendu là un service immense à la science, en trouvant le vrai motif d'hydropisies, que, par entraînement, à une époque bien antérieure, beaucoup d'auteurs cherchaient à rapporter à un obstacle au cours de la lymphe, a fait en cette occasion ce qu'il a fait en d'autres, c'est-à-dire qu'il s'est laissé entraîner par un ordre exclusif d'idées. Rapporter toutes les hydropisies

(1) *Archives de Médecine*, t. II, p. 188 ; t. V, p. 94.

passives à l'obstacle au cours du sang veineux, c'est ne pas s'en tenir à la rigoureuse interprétation des faits, et rien ne le prouve mieux que certaines hydropisies éminemment passives qui découlent d'un genre d'altération du sang, l'anémie albuminurique. M. Andral, après avoir admis la démonstration de M. Bouillaud, par suite de la fréquente coexistence de l'hydropisie d'un membre avec l'oblitération de la veine principale, ajoute toutefois qu'il faut, comme condition nécessaire à la production du phénomène, qu'il y ait en même temps oblitération des collatérales les plus importantes. Sans cette condition, la circulation s'exécuterait supplémentairement. Cette condition nous suffit pour expliquer comment on a pu rencontrer quelquefois des veines oblitérées sans œdème du membre correspondant, et comment on ne produit pas constamment cet œdème sur les chiens dont on lie la veine principale d'un membre.

Les anasarques qui succèdent à l'obstacle au cours du sang revêtent en général cette physionomie qui leur a fait donner le nom de passives. Absence de phénomènes de réaction, et par conséquent d'état fébrile; apparition lente, développement graduel et croissant; début par les parties les plus déclives, les extrémités inférieures, par suite des lois de la pesanteur applicables à la circulation; ténacité dans leur manifestation et leur durée, tels sont les symptômes saillants qui les caractérisent. Ces caractères leur sont communs avec quelques autres leucophlegmasies qui tirent leur origine d'autres maladies; cependant, hâtons-nous de le dire, ils ne sont pas constants : quelques-unes d'entre elles, fort rares, il est vrai, présentent des caractères tout opposés, ce qui leur donne une forme d'acuité, ainsi que nous aurons à nous en expliquer tout à l'heure.

Si nous devions comprendre dans notre description les œdèmes des membres, nous rappellerions ce que nous avons déjà dit, c'est-à-dire que l'étendue de l'infiltration se mesure par le point où existe l'obstacle à la circulation : mais on sait que, pour nous, ces œdèmes ne constituent point une anasarque, et ne peuvent trouver leur place ici. L'anasarque étant la suffusion séreuse généralisée ou en voie de généralisation dans le tissu cellulaire, l'obstacle à la circulation doit, pour la produire, siéger au centre circulatoire ou dans l'un des principaux troncs qui y aboutissent.

Étiologie. De toutes les étiologies d'anasarque, celle-ci est la plus claire, celle qui se rencontre le plus fréquemment sous le scalpel, celle qui frappe le mieux la vue. Elle est donc facile à établir. Seulement, nous devons dire d'une manière plus précise ici ce que nous avons annoncé déjà dans nos généralités : la circulation peut être compromise par un obstacle qui lui vient de ses vaisseaux propres ou de son centre d'action, ou d'organes environnants.

Donc les obstacles à la circulation ont deux sources : l'une inhérente au système circulatoire, l'autre en dehors de ce système. Les uns proviennent du cœur ou des gros vaisseaux qui en partent ou y aboutissent, les autres sont dus à la compression exercée par des tumeurs, des brides, etc., sur ces vaisseaux eux-mêmes. Étudions ces deux ordres avec rapidité, quoique avec rigueur. Toutes les altérations organiques du cœur, qu'elles soient le produit d'un état phlegmasique ou d'un vice de nutrition, tendent à apporter, ainsi que nous l'avons déjà démontré, un obstacle à la circulation veineuse (nous ne répéterons pas nos explications à ce sujet) ; elles tendent donc toutes à la production de l'anasarque. Les unes y aboutissent plus promptement, les autres plus lentement. Ces affections doivent être divisées en celles du cœur gauche et celles du cœur droit. Les premières entraînent plus lentement et plus lointainement l'anasarque, toutes choses égales d'ailleurs, que les secondes. Signalons ces affections. Les hypertrophies concentrique ou excentrique du cœur gauche, quand elles restent à un état moyen de développement, ne donnent pas lieu d'habitude à l'anasarque, s'il ne survient une complication qui augmente l'obstacle au cours du sang veineux. La dilatation du ventricule gauche avec amincissement des parois est une cause plus puissante que les deux autres. Mais les altérations valvulaires, soit auriculo-ventriculaires, soit ventriculo-aortiques, telles que les incrustations ossiformes ou pétriformes, l'état cartilagineux, l'atrophie des valvules, conduisent presque inévitablement à l'anasarque, à une époque plus ou moins reculée. De même, les incrustations pierreuses ou osseuses de la tunique interne de l'aorte, qui sont suivies fréquemment d'une dilatation partielle de cette artère et consécutivement d'une hypertrophie plus ou moins avancée du ventricule gauche, sont

cause de suffusion générale dans le tissu cellulaire. Les diverses hypertrophies du cœur droit, comme sa dilatation ventriculaire avec amincissement des parois, entraînent d'une manière certaine, positive, la suffusion séreuse généralisée. C'est qu'en effet, ces lésions portent en propre sur le système veineux, sur son centre principal d'action, et que l'obstacle qu'elles occasionnent à sa circulation est direct. Plus sûr encore est l'avénement de l'anasarque, quand à l'une ou l'autre des ouvertures du cœur droit se trouve l'une des altérations valvulaires que nous avons énumérées pour le cœur gauche. Tous les auteurs se sont accordés à regarder l'anasarque comme beaucoup plus fréquente à la suite des altérations du cœur droit que du cœur gauche. Cette unanimité d'opinions repose sur l'observation directe des faits. Sur soixante-cinq cas d'anasarques par affections organiques du cœur, que nous avons pu recueillir dans divers ouvrages et assez bien détaillées quant aux causes morbides, ou provenant de notre pratique, quarante-deux fois il s'agissait d'affections du cœur droit, seules ou compliquées d'état morbide du cœur gauche. Dans cinq cas seulement le cœur gauche paraissait seul affecté, tandis que dans les dix-huit autres cas, les deux cœurs étant affectés en volume, l'altération principale ou auriculo-ventriculaire siégeait dans le cœur gauche. Outre ces affections organiques, il est encore des maladies du cœur qui peuvent donner lieu à l'anasarque ; nous voulons parler de la péricardite, soit avec adhérences par productions plastiques, soit avec épanchement séreux dans le sac. Ici, assez souvent l'anasarque survient avec une spontanéité et une activité qui n'est pas commune à celles par obstacle à la circulation.

Parmi les vaisseaux qui, en dehors des lésions du cœur, sont susceptibles de donner lieu à l'anasarque par leur oblitération, il n'y a guère que les veines caves et la veine porte ; toutes les autres oblitérations veineuses donnant lieu à des œdèmes plus ou moins étendus, mais non à la leucophlegmasie proprement dite. L'obturation des veines dont nous parlons peut être le résultat d'une phlébite, ce qui est le cas le plus rare, ou de la formation spontanée d'un caillot obturateur sans phlébite préalable, mais par pur effet de la prédominance relative de la fibrine sur les autres parties constituantes du sang, à la suite de certaines

diathèses cancéreuses, tuberculeuses, etc.; qu'il y ait eu phlébite ou non, l'obturation du vaisseau a toujours lieu au moyen d'un caillot. Ces anasarques nous ont paru si rares dans notre relevé, soit que les causes fussent mal comprises et mal signalées par les auteurs, soit que rarement l'autopsie ait eu occasion de les révéler, que sur nos deux cents cas vérifiés, nous n'en avons trouvé que trois se rapportant à cette cause. Cette proportion est tout à fait inverse pour les œdèmes où, dans les trois quarts des cas au moins, l'obturation de la veine par un caillot est la cause démontrée de la suffusion séreuse.

Après les obstacles au cours du sang veineux, gisant dans les vaisseaux ou dans le cœur, se présentent ceux qui sont suscités par la compression que des organes voisins, des tumeurs ou des brides exercent sur les principaux troncs veineux. Ici nous rangeons en première ligne la cirrhose du foie et les diverses dégénérescences de cette glande, qui, en se développant, entraînent l'oblitération d'une quantité des troncs veineux qui la sillonnent, et entravent puissamment la circulation. De pareilles dégénérescences de la rate entraînent également l'anasarque, puisque ce diverticulum du sang, ainsi désorganisé, forme un obstacle capital à la circulation veineuse. On sait que nous avons déjà fait nos réserves au sujet des hypertrophies pures et simples de ces organes qui, à elles seules, suivant nous, sont impuissantes à provoquer l'anasarque.

Les dégénérescences rénales, autres que celles comprises sous la dénomination de maladie de Bright, sont susceptibles aussi de donner lieu à l'anasarque en formant obstacle au cours du sang veineux d'abord, et en empêchant ensuite le rein d'éliminer quantité suffisante de la partie aqueuse du sang qui reste en surcharge dans la circulation, quand une autre sécrétion importante ne supplée pas à son défaut. Enfin, viennent toutes ces tumeurs de diverses natures, placées dans l'abdomen; toutes ces brides, produits de phlegmasies aiguës ou chroniques, qui, en s'appliquant exactement sur le parcours d'un tronc veineux principal, y déterminent un arrêt dans la circulation du sang.

Enfin les dégénérescences pulmonaires, tuberculeuses ou autres, peuvent entraîner la même suffusion séreuse par le même mécanisme, arrêt dans la circulation veineuse.

Sur les deux cents anasarques par nous observées ou recueillies dans divers auteurs ou écrits périodiques, nous trouvons : comme conséquence de péricardite avec adhérence ou avec épanchement, sept cas, dont trois nous sont propres, et dans lesquels nous avons pu observer que l'anasarque avait une marche très-rapidement croissante, dont deux fois avec phénomènes de de réaction bien prononcés ; comme conséquence de dégénérescence de la rate seule, trois cas : l'un d'eux nous est propre. La rate avait acquis un volume mesuré par 45 centimètres de diamètre vertical, et 26 centimètres de diamètre transversal ; elle formait une masse à bosselures inégales, irrégulières, de consistance plus que lardacée. La dégénérescence était de nature squirreuse, selon toute apparence, l'autopsie n'ayant pu être faite.

Dans vingt-neuf cas, le foie présentait des dégénérescences diverses, dont dix fois, seulement, sans complication d'autres altérations organiques, et dix-neuf fois avec complications plus ou moins nombreuses, qui poussaient elles-mêmes à la roue pour la perpétration de la suffusion séreuse.

Dans huit cas, les reins dégénérés ont paru la cause la plus puissante, sinon unique, de l'anasarque, et ces dégénérescences n'avaient rien de commun avec l'affection granuleuse, à en juger par la symptomatologie, et, trois fois, par les résultats de l'autopsie. Nous avons assisté à celle d'un capitaine décédé au Val-de-Grâce en 1850, et porteur d'anasarque par suite de la dégénérescence rénale. Les deux organes, presque triplés de volume, avaient toute la substance corticale envahie par des tubercules dont le plus grand nombre était arrivé au ramollissement et avait détruit cette substance presque en totalité. La substance tubuleuse se trouvait tellement atrophiée, que c'est à peine si on en découvrait des traces. La matière tuberculeuse avait également envahi la muqueuse des uretères, sur laquelle elle avait formé des couches au point d'oblitérer, presque en totalité, le calibre de ces conduits.

Enfin les cas d'anasarques par oblitération veineuse, à la suite de diverses tumeurs ou brides dans la cavité abdominale, sont au nombre de quinze sur les deux cents ; sur ces quinze cas, cinq nous sont propres ; tous les cinq ont été vérifiés par l'autopsie.

Diagnostic différentiel. Le diagnostic différentiel des *leucophlegmasies*, par obstacle au cours du sang veineux, peut offrir dans quelques cas des difficultés sérieuses, parce que fréquemment ces suffusions séreuses affectent une marche et présentent une symptomatologie qui appartiennent à des anasarques de causes bien différentes. Quand l'obstacle au cours du sang se trouve placé dans l'organe central de la circulation, les difficultés sont moins grandes. En effet, la symptomatologie des affections du cœur est portée aujourd'hui à un degré tel, qu'avec de l'habitude, il est souvent impossible de les méconnaître. Lors donc qu'en présence d'une suffusion séreuse généralisée au tissu cellulaire, le médecin rencontrera l'une des altérations organiques du cœur que nous avons signalées, il sera à peu près sûr d'être sur la voie de la cause de l'hydropisie, sans oublier cependant que, par complication, il est aussi d'autres états morbides qui peuvent apporter leur part d'action dans sa perpétration. L'anasarque par suite de péricardite est moins facile à reconnaître sans doute que dans les cas précédents. Si la péricardite avait éclaté à l'état d'acuité, et qu'à une certaine période, la suffusion séreuse s'ensuivît, l'erreur ne serait guère possible : le commémoratif et l'enchaînement des accidents feraient bientôt remonter à la source ; mais malheureusement, ces cas sont les plus rares, et dans la majorité, la péricardite est latente et quelquefois complétement ignorée. C'est alors que, recherchant, par voie d'analyse, la cause de la suffusion séreuse dans les différentes lésions organiques, comme dans les altérations du liquide sanguin, et ne la rencontrant nulle part, au moins d'une manière bien décidée, le médecin explorera attentivement le cœur. Il est rare qu'une plus grande étendue de la matité rendue par la percussion à la région précordiale ; l'assourdissement des bruits du cœur devenus plus profonds, plus confus et lointains ; une certaine irrégularité dans les battements, qui concorde avec l'irrégularité du pouls, la dyspnée, etc., ne rendent compte d'une péricardite méconnue et de la cause suffisante de l'anasarque. Le diagnostic sera d'autant plus certain, que, n'ayant rencontré nulle part une altération qui rende compte d'une suffusion séreuse généralisée, ces divers signes prouvent à l'évidence que l'organe central est empêché dans son action physiologique, et

que cet empêchement porte un obstacle à la libre circulation du sang.

Les anasarques par oblitération de quelque tronc veineux principal sont encore bien autrement difficiles à établir. Cependant, quand, après examen approfondi, on n'aura trouvé nulle part la raison d'être de la suffusion séreuse, et qu'en même temps on remarquera sur diverses portions du tronc et des membres surtout une dilatation, une ampliation des radicules veineuses sous-cutanées, qui, pour suffire aux besoins de la circulation, se sont laissés distendre mécaniquement; qu'une certaine teinte violacée de la peau, venant témoigner de l'insuffisance de la circulation veineuse, se sera jointe aux signes précédents, on aura de justes motifs de supposer que l'anasarque dépend de l'oblitération d'un principal tronc veineux, veine cave, veine porte. Enfin, la certitude découlera de l'absence de toute altération plausible, susceptible d'engendrer l'anasarque, et de la présence des signes que nous venons de donner. S'agit-il d'une dégénérescence du foie, de la rate, des reins, il est bien rare que des douleurs préalables plus ou moins longtemps soutenues, des troubles de fonctions, n'aient déjà mis le médecin sur la trace de ces lésions initiales; et alors, si l'anasarque apparaît à la suite, le diagnostic se montre avec une certaine clarté. Mais il faut supposer que le médecin n'a pas assisté à l'évolution de la maladie initiale. En consultant le commémoratif, s'aidant de toutes les lumières de la diagnose, il est rare qu'il ne tombe à coup sûr sur ces dégénérescences, et que son jugement sur l'origine de l'anasarque ne soit fixé, surtout quand il ne trouve point ailleurs sa raison d'être. Les complications d'affections organiques, susceptibles de donner le même résultat, pourraient seules obscurcir le diagnostic, mais alors même, en faisant la part de ces complications et dégénérescences dont nous avons parlé, sa raison serait dans le vrai. La cirrhose du foie donne fréquemment lieu à des anasarques, dont le diagnostic devient obscur, en raison de la difficulté même du diagnostic de la cirrhose. Mais si l'on réfléchit que cette dégénérescence du foie, tout en ne donnant aucun signe valable à la percussion, a cependant préludé par des troubles fonctionnels plus ou moins considérables, le commémoratif pourra mettre sur la voie: et

puis, en tenant compte que, dans ce cas, l'ascite prélude d'habitude au développement de l'anasarque, parce que l'oblitération des veinules du foie entraîne l'arrêt de la circulation dans le système de la veine porte, et par conséquent l'épanchement séreux voisin, on se trouvera presque sur la voie positive de la cause de l'anasarque. En tout cas, quand aucun autre motif de suffusion séreuse généralisée n'existe et que le médecin a, par devers lui, tous les signes fournis par le commémoratif, et le début par l'ascite, le diagnostic se raffermit entre ses mains. L'anasarque résultant d'une oblitération veineuse par compression d'un gros tronc par une tumeur ou une bride peut être encore assez aisément reconnue. Ici, outre qu'on peut rencontrer le développement anormal des veinules sous-cutanées et la teinte violacée de la peau, la sensation d'une tumeur appréciable dans un point de la cavité abdominale met encore sur les traces de la vérité. Si bien que, après avoir procédé analytiquement et par voie d'exclusion, le médecin peut, à peu près, être toujours à même d'établir son diagnostic.

Symptomatologie. Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. Ces anasarques ne marchent point de même, suivant que la circulation veineuse est simplement enrayée, ou suivant qu'elle est complétement arrêtée dans un principal tronc veineux. Dans le premier cas, la suffusion séreuse s'effectue avec lenteur, procédant des extrémités inférieures aux parties majeures et supérieures du corps, subissant les effets des lois de pesanteur applicables au liquide sanguin. C'est ainsi que procèdent toutes les anasarques qui ont leur cause dans les diverses altérations du cœur. Cependant, il convient de dire que celles qui succèdent à la péricardite, pour suivre le même itinéraire, ont une évolution beaucoup plus rapide, souvent sans phénomènes de réaction, d'autres fois accompagnées d'un mouvement fébrile.

Quand la circulation veineuse est complétement interceptée dans un tronc veineux principal, et ces cas sont rares, l'hydropisie alors s'effectue avec une promptitude égale à celle qui accompagne les suffusions séreuses les plus actives. Mais cette promptitude de développement contraste avec l'absence de tout cortége de phénomènes de réaction, et, de plus, la suffu-

sion séreuse du tissu cellulaire est précédée d'une collection dans la cavité au sein de laquelle le tronc veineux se trouve placé, et cela se conçoit. La même circonstance préside à la marche des anasarques qui sont suscitées par la cirrhose et les autres dégénérescences du foie et de la rate ; car ici, le système veineux abdominal étant plus particulièrement et primitivement gêné dans ses fonctions, l'exhalation séreuse procède de proche en proche, et il y a déjà une notable quantité de sérum épanché dans le péritoine, quand les extrémités inférieures s'infiltrent. Ce même mécanisme est suivi encore par les anasarques résultant de la compression subie par la veine cave inférieure, ou la veine porte, au moyen d'une tumeur qui pèse sur elles, et on le comprend par le même motif. Mais les dégénérescences rénales suscitent une anasarque qui suit des lois différentes; et cela devait être, puisque là deux causes également puissantes concourent à la produire : obstacle à la circulation du sang veineux et surcharge de la part du sang d'une plus grande quantité de sérum non éliminé au dehors. Par ce double motif, si la suffusion doit commencer d'abord par les extrémités inférieures, par suite de l'arrêt de la circulation, joint aux lois de la pesanteur, le surcroît du sérum du sang est cause ensuite de l'engorgement général des capillaires, et par cela même elle s'exécute à peu près sur tous les points à la fois.

Si, en thèse générale, les anasarques par obstacle au cours du sang se développent avec lenteur quand il ne s'agit pas d'un tronc veineux principal oblitéré, leur durée est d'autant plus longue, et leur ténacité d'autant plus grande, qu'elles sont suscitées par des états morbides non susceptibles de disparaître ou de rétrocéder. Aussi peuvent-elles être dissipées sous le bénéfice d'une médication appropriée, mais c'est pour reparaître tôt ou tard : la même cause n'ayant cessé d'être. Quand une oblitération veineuse leur donne naissance, la guérison semble plutôt pouvoir en être la suite ; c'est au moins ce qui est admis en théorie, puisqu'une circulation collatérale supplémentaire peut s'établir et remplacer la circulation détruite en un point. Mais cette explication, admise pour les œdèmes des membres, nous paraît un peu forcée pour l'anasarque succédant à l'obturation de la veine cave inférieure ou de la veine porte. La circulation collatérale sup-

plémentaire semble devoir être toujours insuffisante pour remplacer l'apport de sang effectué par le tronc principal.

En résumé : début de l'anasarque par les extrémités inférieures, quand l'obstacle au cours du sang se trouve dans l'organe central de la circulation ; marche lente et progressive, en gagnant des parties inférieures aux supérieures, excepté à la suite de péricardite, où elle peut être rapide ; ténacité remarquable, guérison radicale impossible par suite de l'impossibilité de détruire la cause, tels sont leurs caractères principaux. Quand la circulation veineuse est arrêtée par l'obturation d'un tronc principal, l'anasarque prélude par la collection séreuse de la cavité où se trouve le vaisseau, son extension est rapide, mais il n'y a pas de phénomènes de réaction. Les dégénérescences du foie, de la rate, les diverses tumeurs qui, par compression, entravent la circulation, donnent lieu à l'anasarque procédant de la même façon que dans le cas précédent, mais s'en distinguant par la lenteur de la marche. Enfin, l'anasarque, par dégénérescence rénale, également lente dans son évolution, éclate sur tous les points du corps à la fois. Dans ce genre de suffusions séreuses, le pronostic est le plus souvent funeste : il n'est guère que celles qui résultent de l'oblitération d'un tronc veineux principal qui pourraient offrir des chances de guérison complète, suivant les idées préconçues ; mais il serait nécessaire que des faits bien établis vinssent confirmer cette manière de voir.

La durée varie suivant une foule de circonstances, parmi lesquelles se font remarquer l'ancienneté et l'étendue de la lésion organique qui forme obstacle au cours du sang. En effet, souvent ces lésions terminent la vie du malade avant que la suffusion séreuse n'ait pu, par elle-même, entraîner la même conséquence. Dans le plus grand nombre des cas, l'altération organique n'étant pas suffisante pour entraîner la mort, la collection séreuse peut être palliée à différentes reprises, avant que définitivement, par son concours, elle contribue à terminer les jours du malade. En somme, durée longue dans le plus grand nombre de cas, récidive presque toujours certaine, et funeste fin, tel est le pronostic que ces anasarques entraînent à leur suite.

Complications. Les anasarques par obstacle à la circulation veineuse, et en particulier celles par lésions du cœur, sont sus-

ceptibles de se compliquer de nombreuses affections morbides. Les unes les ont précédées, et ont apporté leur appoint d'action; les autres se sont développées simultanément. Parmi les premières, on peut noter l'affection granuleuse des reins, révélée par les caractères qui lui sont propres, et notamment les urines coagulables. Cette complication, cause aussi puissante, plus puissante même, d'anasarque que l'obstacle au cours du sang veineux, se rencontre un certain nombre de fois. Nous avons déjà dit que Becquerel établit, par rapport à la cirrhose du foie et, par suite, à l'anasarque qui en découle, cette proportion sur le pied d'un tiers. L'ascite, l'hydropéricarde, l'hydrothorax sont souvent aussi des complications de ces anasarques, qu'ils aient précédé ou suivi leur développement. Nous devons encore signaler l'œdème pulmonaire comme une complication fréquente et grave, nous devrions plutôt dire comme conséquence : c'est surtout dans ces sortes d'anasarques que cette subphlegmasie pulmonaire trouve sa légitimation.

Ces diverses complications méritent le plus sérieux examen, non-seulement parce qu'elles peuvent ajouter à la somme de gravité du pronostic, mais parce qu'elles doivent imprimer une direction particulière au traitement.

C. *Phlegmasia alba dolens.*—Nous ne pouvons en finir avec les anasarques par obstacle à la circulation veineuse sans toucher à la phlegmasia alba dolens, quoiqu'elle dût rentrer plus particulièrement dans la classe des œdèmes, dont elle n'est qu'une variété. La phlegmasia alba dolens est l'œdème douloureux consécutif à une affection veineuse caractérisée par la coagulation du sang dans l'intérieur de ses vaisseaux. Regardée jusqu'à ces derniers temps comme spéciale aux femmes en couches, il est reconnu aujourd'hui qu'elle appartient aux femmes en dehors des couches comme en couches, et aux hommes comme aux femmes. Il est bien vrai que la phlegmasia alba est plus fréquente chez les femmes en parturition, et cela doit être, parce que leur sang devient plus fibrineux dans la position de grossesse. En dehors de cette circonstance, les cachexies tuberculeuses, cancéreuses semblent la favoriser par l'excès de fibrine qui survient à une certaine période.

Regardé d'abord comme essentiel, puis confondu avec le rhumatisme, le phlegmon, cet œdème fut considéré d'abord par Puzos et Levret comme résultant d'un dépôt laiteux. White l'attribua à une lymphangite ; et une foule d'auteurs après lui, tels que Good, Wyer, Gardien, etc., accréditèrent cette opinion.

Les travaux de Davis, Robert Lee, Bouillaud, Velpeau, Rostan, Dronsart (1) et les quarante-cinq observations recueillies par M. Bouchut (2) ne laissent plus aucun doute sur la cause de cet œdème, la coagulation du sang dans les veines centrales des membres.

Étiologie. Si l'état qui suit l'accouchement est une des causes les plus fréquentes qui suscitent la phlegmasia alba dolens, on doit admettre, pour un bon nombre de cas, comme cause déterminante, l'état général des cachexies tuberculeuses, cancéreuses, des maladies chroniques et même des convalescences qui suivent les grandes fièvres, comme la fièvre typhoïde. Cet état général est caractérisé par une altération spéciale du sang, l'augmentation de la fibrine, augmentation absolue trouvée par M. Andral dans les premiers temps de l'accouchement, et par nous dans la cachexie tuberculeuse et cancéreuse. M. Bouchut, dont les observations ont un poids sur la question, admet, dans cet état général, l'augmentation absolue ou relative de la fibrine.

White et d'autres rattachaient la phlegmasia alba dolens à la compression des vaisseaux lymphatiques pendant l'accouchement, tandis que quelques-uns admettaient la compression des veines hypogastriques. Gardien la rapporte aux parturitions difficiles, etc. Toutes ces opinions restaient dans le domaine des hypothèses. Il est certain que l'influence des pressions exercées sur l'utérus par la tête de l'enfant ou les manœuvres obstétricales ne peuvent, ainsi que le froid, l'humidité, les écarts de régime, etc., agir que comme causes occasionnelles, en vertu d'une prédisposition du sujet.

Anatomie pathologique. Nous ne parlerons pas des lésions qui ont été rencontrées quelquefois, et qui n'ont été que des coïncidences ou des conséquences de l'altération principale. C'est ainsi que Dugès, Albert, Siebold, frappés de la vive douleur que ressentent

(1) *Monographie de la Phlegmasia alba dolens.* Paris, 1840. In-8.

(2) *Mémoire sur la Phlegmasia alba dolens* (*Gazette médicale de Paris*, 1841, p. 249, 297).

ses malades, ont localisé la lésion aux nerfs cruraux, et que Lobtein, Fraser, Alloneau, ayant constaté la rougeur et le gonflement des vaisseaux lymphatiques et ganglions correspondants, ne virent que cette lésion, sans se douter qu'elle pourrait être consécutive à la phlébite déterminée par la présence du caillot agissant en guise de corps étranger. MM. Velpeau, Bouillaud, Robert Lee et d'autres ont constaté la lésion anatomique constante et irrécusable, l'altération des veines. Quelle est cette altération? C'est sans doute la coagulation du sang veineux, par l'excès de la fibrine. Sur quarante-six faits rassemblés par M. Bouchut, quarante-cinq fois l'altération a été constatée sur les membres inférieurs, une fois seulement sur les membres supérieurs. Ce relevé prouve et la constance de l'altération dont nous parlons, et sa prédilection pour les membres inférieurs, ce qu'expliquent, du reste, les lois de la pesanteur : le sang étant obligé de remonter contre son propre poids dans ces cas-là. Les veines malades sont fortement distendues et remplies par du sang coagulé; elles représentent des cordons durs et noueux, avec renflement plus ou moins volumineux aux principaux confluents et au niveau des valvules. Si quelquefois on trouve des interruptions de petite étendue, d'espace en espace, ce sont les cas les plus rares. Au début, les veines sont saines; elles s'enflamment ou peuvent s'enflammer consécutivement. Les caillots se rencontrent dans les veines centrales des membres, les crurales, poplitées, tibiales profondes, et jusque dans l'iliaque primitive.

Ces caillots, d'abord mous et noirs, forment une masse homogène dont la densité est la même partout, ou sont composés de couches concentriques et pelotonnées. Ils perdent, par la suite, une partie de leur coloration, augmentent en densité de façon à adhérer plus facilement aux parois veineuses, tandis que le centre se ramollit et se convertit en une bouillie grisâtre représentant de la fibrine décolorée et ramollie. Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, la décoloration est presque complète, et les brides sont tellement solides et organisées, qu'elles ne forment plus qu'un avec le vaisseau. Des capillaires se sont formés de toute pièce, pour établir une communication de ce caillot avec la circulation générale. Ces capillaires, très-faciles à voir quelquefois, finissent par s'oblitérer, et forment au caillot des brides sem-

blables à celles que l'on remarque dans la plèvre et le péritoine. « C'est alors, dit M. Bouchut, que les parois veineuses semblent enflammées ; mais c'est pour nous un travail de réparation consécutive plus que d'inflammation. Car, comment expliquer une phlébite, si terrible toutes les fois qu'elle se produit dans d'autres circonstances, et toujours si bénigne dans la phlegmasia alba dolens (1) ? »

On voit en même temps survenir l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, infiltré de liquide qui ne diffère en rien de l'infiltration séreuse ordinaire. Le rétablissement de la circulation collatérale est très-variable, suivant le siége de la lésion anatomique. La phlegmasia occupe-t-elle les deux membres pelviens, l'obturation s'élève presque toujours jusqu'à la veine cave, et le retour du sang s'opère au moyen des veines superficielles des membres dilatées, qui viennent se dégorger dans les veines superficielles du ventre, du thorax, et, par leur communication avec les intercostales, vont se jeter dans la veine azygos. Les veines superficielles sont-elles engorgées elles-mêmes, ce sont les capillaires qui se dilatent et rétablissent la circulation collatérale. On les aperçoit alors, et ils donnent à la peau une couleur noirâtre, cyanosée, peu en harmonie avec la dénomination de phlegmasia alba.

Symptomatologie. Dans les cas les plus communs, il y a invasion subite de la maladie ; elle se fait dans le courant du travail puerpéral pour les femmes en couches, et il peut y avoir eu alors des accidents puerpéraux, tels que métrite, péritonite. Chez les cachectiques de tubercules, de cancer, la maladie apparaît quand la débilitation de la constitution est profonde. C'est une douleur violente au mollet, à la cuisse, de bas en haut ou de haut en bas, qui caractérise le début. Cette douleur augmente par la pression sur les membres ou le trajet des veines ; bientôt survient un gonflement œdémateux, et il y a une telle liaison entre ces deux symptômes, qu'un très-court intervalle sépare leur apparition. L'une et l'autre suivent la même extension : le membre devient dur, résistant, sans conserver longtemps l'impression du doigt : l'œdème a plutôt l'apparence plastique que séreuse. Si la peau est généralement blanche, elle peut acquérir une teinte marbrée, vio-

(1) *Mémoire sur la Phlegmasia alba dolens* (*Gaz. méd.* 1844, p. 289).

lacée, comme nous l'avons dit, et le doigt perçoit des cordons saillants, noueux, qui indiquent le trajet des veines oblitérées. Dans ce moment, le pouls offre un peu de fréquence, symptôme d'un léger mouvement fébrile, mais pas d'autres troubles généraux : ce qui sert parfaitement à distinguer la phlegmasia alba de la phlébite, qui s'accompagne toujours de troubles graves.

Ce sont presque toujours les membres inférieurs qui sont le siége de ces symptômes l'un après l'autre, tous les deux à la fois, le plus souvent un seul ; une seule fois cette affection a été observée sur un membre supérieur, une seule fois également à la tête.

Marche et terminaison. Quand la phlegmasie est sans complication, sa marche est lente et sa durée de trois semaines à un mois, en moyenne. Après deux ou trois jours de douleurs très-vives, la souffrance diminue; elle est entièrement apaisée au bout du temps que nous venons de déterminer, et l'œdème a disparu. Tout cela a lieu par effet de résorption du caillot ou de l'établissement d'une circulation collatérale. Les complications entravent la marche de la maladie et peuvent déterminer une issue funeste, qui est leur résultat plutôt que celui de la phlegmasie. Telles sont la péritonite, la métrite, la pleurésie, etc.

La terminaison naturelle de la phlegmasie, dégagée de complications, est donc la résolution.

M. Macneveu a observé cette affection quatre fois sur la même femme, à des couches différentes, et quatre fois il l'a vue se terminer par résolution sans accident. Jamais on ne rencontre de suppuration autour des veines, ni de résorption purulente, caractère éminemment distinctif de la phlébite, qui est presque toujours mortelle.

Traitement. D'après tout ce que nous venons de dire de la phlegmasia alba dolens, le traitement reste tout tracé d'avance. Si la résolution est sa terminaison naturelle quand elle se présente sans complications, la médecine active reste à peu près muette. Les saignées deviennent inutiles : elles ne sauraient d'ailleurs remédier à une circulation enrayée dans des extrémités ; les sangsues ne sauraient offrir guère plus d'avantage, puisqu'il n'y a pas phlébite. Inutile d'aller augmenter par des vésicatoires la somme des souffrances, et puis leur emploi ne présente aucune utilité sous aucun rapport. Placer le membre dans

une position telle, que le sang n'ait point de grands efforts à faire pour circuler, n'ait point à remonter contre son propre poids; entretenir, dans le même but, une douce chaleur à la peau au moyen de sachets chauds, de fomentations émollientes; en un mot, favoriser la circulation dans les capillaires, voilà la vraie thérapeutique. S'il y a complication, l'attention doit se porter sur elle pour la combattre avec énergie; car c'est d'elle surtout que pourrait venir le danger pour le malade. Enfin, nous regardons comme opportun l'usage des boissons délayantes, diurétiques ou sudorifiques, et des doux laxatifs à l'intérieur. On voit que la phlegmasia alba dolens, mieux comprise aujourd'hui, apparaît sous son vrai jour; et que, tout en faisant partie des œdèmes, elle méritait bien de faire suite, par son importance et sa fréquence, aux anasarques par obstacle à la circulation veineuse. Il sera toujours impossible de confondre aucune de ces anasarques avec elle, puisqu'ici la suffusion séreuse reste restreinte à un membre ou deux, et que l'anasarque se généralise ou tend à se généraliser à toute la surface du corps.

§ II. — Anasarques par altération du sang.

Dans nos généralités sur les hydropisies, nous nous sommes arrêté, d'une manière spéciale, sur celles que provoquent certains états pathologiques du sang. Cette question, à peu près neuve, méritait cette attention de notre part. Les explications que nous avons données sur le mode de formation de ces sortes d'hydropisies, soutenues par des démonstrations pratiques, nous dispensent, en traitant de l'anasarque de même origine, d'entrer dans une foule de détails dont la répétition serait pour le moins superflue. Il est cependant un principe général que nous ne pouvons manquer d'énoncer : de toutes les anasarques, celle-ci est la plus susceptible d'être accompagnée d'épanchement aqueux dans les diverses cavités séreuses. En effet, sa cause étant dans la modification d'un liquide qui abreuve toutes les surfaces sécrétantes, du moment que cette modification est portée au point d'augmenter l'exsudation de sa partie aqueuse à travers les parois des capillaires, évidemment l'exhalation à la surface de toutes les séreuses de l'économie pourra être augmentée aussi bien que celle du tissu cellulaire : de là l'extension de l'hydropi-

sie à tous les points que ces séreuses tapissent. L'expérience confirme pleinement ces aperçus de la théorie : car sur dix-sept anasarques par nous observées à la suite d'altération du sang (trois par exubérance sanguine, quatorze par anémie albuminurique), quinze fois les cavités péritonéale et pleurale contenaient une quantité plus ou moins notable de liquide épanché bien reconnaissable à nos divers moyens d'investigation ; dans les deux autres cas, l'examen le plus minutieux ne découvrit pas de traces d'épanchement dans ces cavités. Il est vrai que ces deux cas étaient à leur début, et que l'anasarque, suite de fièvres intermittentes avec anémie albuminurique, n'arriva pas à un grand développement par suite de médications appropriées. Par conséquent, pour n'avoir pas été reconnus à cause de leur minime quantité, ces épanchements n'en existaient probablement pas moins à l'état de rudiment.

Les anasarques par altération du sang se partagent en deux séries bien naturelles : 1° celles qui découlent de la trop grande quantité du liquide sanguin en circulation (pléthore d'autrefois) ; 2° celles qui reconnaissent pour cause la diminution absolue ou relative de l'albumine (anémie albuminurique). Telles sont les données les plus exactes fournies jusqu'à présent par l'état actuel de la science.

A. *Anasarque par exubérance sanguine ou polyémie.* — Nous avons solidement prouvé que, quoique incommensurable par rapport aux diverses individualités, le sang peut pécher et pèche quelquefois par sa quantité trop grande (1) : ce qu'on exprimait, ce que quelques médecins expriment encore aujourd'hui par le mot pléthore. Nous avons logiquement établi, tant en nous appuyant sur les expériences physiologiques, qu'en prenant presque la nature sur le fait par les vivisections, que la polyémie donne lieu aux suffusions séreuses, tandis que la vraie pléthore (excès absolu de globules rouges) tend aux hémorrhagies. Ces deux points posés, voyons quelle est la marche de l'anasarque par polyémie.

Symptomatologie ; marche ; terminaison. Cette suffusion séreuse du tissu cellulaire est sans doute assez rare, et dans nombre de cas elle a pu donner lieu à la méprise, au point de la faire

(1) *Des hydropisies en général*, p. 61 et suiv.

considérer comme idiopathique. En effet, sa cause, insaisissable pour des observateurs superficiels, devait faire admettre alors l'hydropisie essentielle. Pour nous, elle a beaucoup d'analogie avec l'anasarque par congestion du tissu cellulaire, d'autant mieux que la polyémie peut donner lieu à cette congestion.

Son début est brusque : car la quantité de sang augmentant, soit insensiblement, soit tout à coup, par diverses causes, du moment qu'elle est arrivée au point de forcer l'exsudation du sérum à travers les parois des capillaires, cette exsudation se fait promptement et presque sur tous les points à la fois ; c'est une irruption générale.

Aussi voit-on en même temps la tuméfaction du tissu cellulaire apparaître sur divers points du corps à la fois. Cette suffusion est précédée souvent d'un trouble général dans l'organisme, qui se révèle par des désordres de la circulation, dureté et fréquence du pouls, frisson de plus ou moins longue durée, avec lassitude dans tous les membres. Ce frisson n'est pas suivi d'une réaction de chaleur proportionnée, caractère qui sert à distinguer cette anasarque de celle qui a lieu par irritation ou phlegmasie du tissu cellulaire. Après avoir commencé, elle marche promptement vers son summum de développement, qu'elle atteint en quelques heures, deux ou trois jours au plus : cela se conçoit, car par cette exsudation séreuse le sang se décharge de la quantité en excès ; et ce débarras se faisant par tous les points, l'infiltration s'effectue avec d'autant plus de rapidité. La peau, dans ces anasarques, n'acquiert pas la pâleur qu'elle présente dans les cas d'anasarques par anémie albuminurique : elle conserve sa coloration normale ; et sans l'empreinte du doigt qu'elle garde, sans la présence de quelque peu de liquide épanché dans les cavités splanchniques, on croirait que les malades ont acquis promptement un embonpoint insolite. — A l'encontre des anasarques par irritation du tissu cellulaire, celle-ci n'est suivie d'aucune rougeur érythémateuse à la peau, à moins de complication ; et ce caractère sert à l'en distinguer. De même qu'elle arrive promptement à son plus haut point de développement, de même sa décroissance est rapide et s'opère souvent sous l'impulsion des efforts de la nature, en sorte qu'on peut dire qu'elle tend

naturellement vers la résolution, quand la polyémie ne découle pas de la suppression de quelque flux normal ou anormal. Si elle arrive à son summum en quelques jours, elle se dissipe, en moyenne, dans l'espace de quinze jours à trois semaines, et cela, quelquefois, sans que le malade ait pu avoir presque conscience de sa position. C'est ainsi que, dans deux cas remarquables, nous avons pu voir deux hommes se plaindre d'un trop grand embonpoint, qui n'était qu'une anasarque par polyémie, ce que faisait apercevoir l'empreinte que le doigt laissait à la peau. La suffusion séreuse se dissipa en huit jours dans un cas, et au quatorzième dans l'autre, par suite d'une diurèse abondante, critique, et non provoquée. L'issue a été également rapide et heureuse dans divers exemples rapportés par les auteurs, et où l'anasarque par polyémie avait succédé à l'ingestion d'une grande quantité de boissons. Au demeurant, à part les complications ou la spécialité des causes qui ont déterminé la polyémie, l'anasarque en question débute rapidement avec quelques troubles généraux de l'organisme qui ne persistent pas longtemps, marche vite, décroît de même, se termine le plus souvent par résolution sous l'impulsion naturelle de l'organisme, et ne donne lieu à aucune crainte sérieuse. Mais si la suppression des règles ou d'un autre flux a présidé à la polyémie ; si le sang, quoique très-abondant, présente en même temps une diminution relative de l'albumine, alors la durée est indéterminée et subordonnée à ces circonstances : comme la terminaison peut varier aussi.

M. Magendie cherche à expliquer ces anasarques par le défaut ou la diminution de la résorption, dont la distension des vaisseaux par le sang serait cause. M. Andral, qui admet aussi l'hypérémie comme cause d'anasarque, reste dans le doute quant au choix des deux explications qu'il propose pour en démontrer le mécanisme. Il se demande si, sous l'influence de l'hypérémie, il s'opérerait une sorte de transsudation mécanique du sérum à travers les parois des vaisseaux sanguins, ou si plutôt l'anasarque ne serait pas due au défaut de résorption, défaut produit par la plénitude des vaisseaux eux-mêmes.

Pour nous, nous avons déjà admis, comme chose prouvée, que ces deux actions combinées concourent avec une puissance peut-être égale à la production du phénomène.

Étiologie. L'âge où l'hématose est plus active est celui qui expose le plus à cette espèce d'anasarque ; tels sont l'âge adulte et la jeunesse. La brusque suppression d'une vaste sécrétion, d'un flux normal ou anormal établi depuis longtemps, en ne permettant plus la projection au dehors d'une quantité de sang devenu désormais inutile, augmente la somme de celui qui doit suffire à la circulation. L'introduction dans l'économie d'une grande quantité de boisson aqueuse, dans un court espace de temps ; une alimentation immodérée et composée surtout de substances végétales ; enfin, un défaut dans les fonctions de réparation et d'hématose, qui ajoute à la masse de sang déjà existante un sang plus riche en eau qu'en tous autres matériaux : telles sont les causes de ces anasarques, qui se présentent à l'esprit avec plus de clarté et que l'expérience des faits a le mieux constatées. Nous ne devons pas oublier de mentionner encore l'état de grossesse chez la femme. Dans cette position, si l'hématose devient plus active en raison du besoin de suffire à l'existence de deux êtres, le sang de la femme devient en même temps plus séreux et perd de ses globules. Ce phénomène, constaté par MM. Cazeaux et Régnauld, a fait pencher le premier à admettre dans ce sang, ainsi composé, une première disposition à l'anasarque. A cette disposition du sang dans la grossesse, souvent il s'en joint une autre, l'albuminurie, qui alors pousse plus rapidement aux suffusions séreuses (1). En tout cas, rien qu'en vertu de la première de ces dispositions, on voit survenir l'anasarque chez certaines femmes enceintes, et sans qu'il y ait jamais eu albuminurie. Il est cependant logique d'admettre, et les analyses du sang le démontrent, qu'alors il y a diminution relative d'albumine.

Diagnostic différentiel. L'anasarque par polyémie, qui offre une marche rapidement croissante et décroissante, ne présente de la similitude qu'avec celles dites actives, et qui procèdent soit d'un exanthème cutané aigu, soit d'une irritation ou subphlegmasie du tissu cellulaire. L'état cachectique, dans la plupart des anasarques par anémie albuminurique, l'albuminurie dans la maladie de Bright, l'empêchent d'une manière absolue d'être confondue avec celles-ci. Elle se distingue de l'anasarque

(1) Devilliers fils et Régnauld, *Hydropisies des femmes enceintes* (*Arch. gén. de méd.*, tome XVII, juin-juill. 1848).

par irritation du tissu cellulaire, par l'absence de la rougeur érythémateuse de la peau et de la douleur qui envahit toutes les surfaces œdémateuses. Elle s'en distingue également encore par la moindre intensité des phénomènes de réaction, et souvent par le commémoratif qui apprend qu'un flux sanguin, naturel ou artificiel, a été supprimé, qu'une grande quantité de boisson a été ingérée peu de temps avant. S'il y a état de grossesse sans albuminurie, on parvient aussi à remonter à la source de la nature de cette anasarque. L'absence de toute trace d'éruption sur la peau et d'état fébrile intense préexistant mettrait hardiment en garde contre la pensée d'une anasarque exanthématique. Enfin, souvent la constitution du sujet peut fournir matière à éclairer le diagnostic. C'est ainsi que, si l'on a par devers soi un sujet robuste, à vaste étoffe, à capillaires gorgés, on pourra présumer facilement l'anasarque par polyémie, surtout quand, par voie d'exclusion, on sera parvenu à éliminer toutes les autres suffusions séreuses, même celle par irritation du tissu cellulaire.

De toutes les suffusions séreuses, généralisées, susceptibles de frapper l'espèce humaine, celle-ci, quand elle se présente dans ses conditions de simplicité, est sans contredit la plus bénigne.

Complications. Les complications qui apparaissent le plus fréquemment sont les épanchements dans les diverses cavités séreuses, si toutefois on peut appeler complication, des phénomènes qui procèdent de la même source, et qui ne marquent qu'un degré en plus de la puissance d'action qui préside à l'anasarque. Nous sommes cependant contraint de les regarder ainsi, parce que quelquefois, une cause irritante agissant sur les séreuses des cavités splanchniques en même temps qu'existe la polyémie et que s'effectue l'anasarque, les épanchements séreux de ces cavités acquièrent des proportions considérables sous l'influence de cette double cause : disposition du sang et irritation locale ; parce qu'enfin ces épanchements entraînent avec eux des accidents qui donnent une autre tournure à la marche de l'anasarque et prédominent tellement sur la suffusion séreuse générale, que c'est presque uniquement contre eux que se dirige l'attention du médecin. C'est par le même motif que l'œdème pulmonaire forme l'une des complications les plus sérieuses

de cette anasarque. Tel œdème qui serait à peine appréciable si les choses avaient leur cours naturel ou leur développement ordinaire peut acquérir de grandes proportions, pour peu qu'un point d'irritation, agissant sur les organes pulmonaires, attire le sang en plus grande quantité sur leur tissu. La suppression de la menstruation, d'un flux hémorroïdal, qui peut agir initialement pour déterminer la polyémie, et par suite l'anasarque, peut aussi résulter de l'apparition de l'anasarque elle-même, la circulation ayant subi un grand trouble. Cette suppression apparaît alors comme phénomène consécutif, comme complication qui mérite d'être combattue.

B. *Anasarque par anémie albuminurique.*— Beaucoup d'auteurs avaient admis l'anasarque par anémie en opposition avec le genre d'anasarque précédemment décrite. M. Andral l'avait lui-même sanctionnée de son autorité quand, dans son *Précis d'Anatomie pathologique*, il s'exprimait ainsi : « Un état du sang dans lequel il y a diminution dans la quantité de ce liquide, et tendance à l'anémie, peut produire également l'hydropisie : c'est ainsi qu'on la voit survenir à la suite de saignées trop abondantes ou trop répétées ; c'est encore ainsi que des hydropisies se sont en quelque sorte montrées d'une manière épidémique dans des temps de famine où les habitants du pays, privés de leurs aliments ordinaires, s'étaient réduits à se nourrir de l'herbe des champs. Nul doute qu'un des premiers résultats de cette nourriture ne soit de modifier les qualités du sang, de l'appauvrir en diminuant la quantité de fibrine. J'ai cité ailleurs (1) quelques cas d'individus morts hydropiques dont les solides ne m'ont présenté aucune lésion appréciable, mais chez qui il n'y avait réellement plus de sang : on ne trouvait plus qu'un liquide comme séreux, d'un rouge pâle, soit dans les gros vaisseaux, soit dans les capillaires. Là, au moins, il y avait une corrélation remarquable à faire ressortir entre cette sorte de dégénération aqueuse du sang et l'existence de l'hydropisie. En cas pareil, l'irritation la plus légère, portée sur la peau, suffit pour déterminer dans le tissu cellulaire sous-cutané une accumulation de sérosité. Sous l'influence de certains poisons, et spécialement sous celle des venins de plusieurs rep-

(1) *Clinique médicale*, t. III, etc.

tiles, on voit facilement survenir des hydropisies partielles ou générales. En pareil cas, sur quelle partie a agi primitivement la matière septique? Manifestement sur le sang : la physiologie le prouverait, quand même nous n'aurions pas en quelque sorte des preuves matérielles de cette action par les modifications de qualité qu'a éprouvées ce liquide. On a effectivement constaté alors, qu'il perd toute faculté de se coaguler. Dans cette altération, la partie séreuse l'abandonne avec plus de facilité que de coutume, soit pure, soit unie à une quantité de matière colorante : et il y a plus d'un rapprochement à faire entre ces empoisonnements récents par des venins d'animaux, dans lesquels l'hydropisie se trouve liée à une altération primitive du sang, et ces typhus dans lesquels, consécutivement à l'introduction des molécules détériorées dans la masse du sang, celui-ci se montre altéré en nature sur toutes les surfaces. »

M. Andral qui, comme on vient de le voir par ce passage, admettait alors comme cause d'anasarque l'anémie ou la diminution des globules rouges avec grande prédominance de la partie séreuse, a réformé depuis sa manière de voir. Il est vrai qu'alors même, avec sa perspicacité ordinaire, il faisait intervenir dans ces dispositions du sang certaines causes, telles qu'une irritation de la peau, qui provoque l'exsudation séreuse dans le tissu cellulaire; ou bien une altération de ce liquide, analogue à celle des typhus, à celle produite par les morsures de vipères, la diminution de la fibrine. Nous avons fait voir, dans nos généralités, comment plus tard, dans son *Traité d'Hématologie*, il a été amené à conclure que l'anémie pure et simple n'engendre pas les hydropisies, et à formuler sous l'apparence d'un fait certain, mais non prouvé, que c'est la diminution de l'albumine du sérum qui est probablement la condition de ces hydropisies. Depuis, ce fait, énoncé sous forme de prévision, a été vérifié par les analyses de sang de Becquerel et Rodier, et par les nôtres (1). Nous avons dit déjà que ces auteurs avaient été amenés à conclure que l'anémie albuminurique, soit consécutive à la néphrite albumineuse, soit par altération initiale du sang, est cause d'un bon nombre d'hydropisies, et ce fait reste désormais

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1850; et *Revue médicale*, 1849.

bien clairement établi. Il est des cas, ajouterons-nous, où l'albuminurie se manifeste sans aucune altération des reins, et par sa persistance donne lieu ou aide puissamment l'anémie albuminurique : témoin ce qui se passe dans bon nombre d'anasarques par cachexie paludéenne, et dont nous allons avoir à citer quelques exemples ; dans d'autres, au contraire, sans albuminurie, sans altération rénale, l'anémie albuminurique peut être constatée par l'analyse du sang, preuve évidente que ce liquide peut subir cette altération sans intervention de troubles dans les fonctions rénales. Tel est l'exemple frappant que voici :

VIIIe OBSERVATION. — ANASARQUE PAR ANÉMIE ALBUMINURIQUE.

Le caporal Gazon, du 27e de ligne, vingt-quatre ans, bonne constitution, tempérament nerveux sanguin, quatre ans de service, entrait le 2 juillet 1849 à l'hôpital du Val-de-Grâce, porteur d'une anasarque. Ce militaire avait eu, trois ans avant, quelques accès de fièvre intermittente dont il avait été bien guéri. Dans le courant de mai 1849, il était entré au même hôpital pour une douleur poignante à la région précordiale. Il en était sorti un mois après, se croyant bien guéri. Il passa la plus grande partie de juin à la caserne, faisant son service par moments, se reposant dans d'autres, et conservant toujours une faiblesse assez prononcée. Le 21 juin, les extrémités inférieures et la face s'infiltrèrent, et cette infiltration gagna bientôt toute la surface du corps ; trois jours avaient suffi pour la production complète du phénomène. La cavité du péritoine contenait aussi une certaine quantité de liquide. La douleur qui avait existé autrefois à la région précordiale nous faisant craindre un épanchement péricardique auquel, dans notre pensée, nous aurions pu rattacher l'anasarque, nous procédâmes à l'examen direct, qui confirma nos prévisions au sujet de l'hydropéricarde. Nous croyions donc être directement sur la voie de la cause de la suffusion séreuse, vu qu'il n'existait aucune autre lésion des solides qui pût l'expliquer, quand, la rapidité de son évolution nous suggérant quelques doutes, nous fîmes pratiquer au malade une saignée exploratrice de 120 grammes pour analyser le sang. Cette analyse nous donna alors la clef de cette hydropisie, qui pouvait, du reste, avoir reçu

un surcroît d'impulsion de la part des entraves apportées à la circulation par la péricardite. L'albumine, comme on va le voir, se trouvait à un chiffre bien bas.

Résultat de l'analyse du sang. — Proportion sur 1000.

Fibrine	2,92
Globules	122,72
Matériaux organiques	61,67
Eau	812,69
	1000

Les matériaux organiques se trouvant à 61,67, en défalquant la moyenne ordinaire des sels inorganiques, qui est 8, il reste pour l'albumine 53, qui constitue un chiffre bien bas. La diminution de l'albumine était donc la cause, au moins, la plus puissante de l'anasarque, et la rapidité de l'évolution de cet épiphénomène, apparaissant sans phénomène aucun de réaction, concordait parfaitement avec cet état du sang. Cette anasarque fut combattue par le tartre stibié, à hautes doses, administré le sixième jour de l'entrée à l'hôpital. Le malade, dont on examinait soigneusement les urines tous les jours, n'avait jamais présenté de traces d'albuminurie quand, le lendemain de l'usage du tartre stibié, ce phénomène apparut et se maintint les six jours pendant lesquels il usa de cette médication. Une diurèse abondante avait mis fin à l'anasarque dans ce laps de temps. Le neuvième jour du traitement, le tartre stibié était supprimé ; tout épanchement séreux, même celui du péricarde, était résorbé, et les urines ne donnaient plus aucun précipité albumineux. Dans notre conviction, il s'était passé ici un phénomène déjà signalé par Cotugno ; savoir, que : sous l'influence de l'activité imprimée aux vaisseaux absorbants, le liquide infiltré avait été repris en nature, transporté dans la circulation qu'il avait troublée par son addition prompte et abondante. Par suite de ce trouble du sang, sécrétion par les reins d'une urine chargée d'albumine. Cette explication paraît surtout fondée quand on pense que, pendant un mois que le malade séjourna encore à l'hôpital, nous n'eûmes plus une seule fois à remarquer l'albuminurie, phénomène qui n'aurait certainement pas eu lieu s'il s'était agi d'une altération rénale.

Si on veut un deuxième exemple non moins frappant d'anasarque par anémie albuminurique, on n'a qu'à se reporter à l'observation que nous avons citée p. 77 et suivantes, et dont le sujet est un nommé Favier.

Il est donc bien constant que, sous l'influence de causes occultes ou mal connues, le sang peut être modifié initialement quant à la quantité de son albumine; que celle-ci peut être diminuée sans qu'il y ait élimination de son principe au dehors par la sécrétion rénale. Cette diminution peut être le produit d'un travail plus ou moins prompt : témoin l'exemple que nous venons de citer ; comme elle peut survenir lentement, sourdement, ce qui a lieu dans les cachexies cancéreuses, tuberculeuses, etc. Une fois la diminution arrivée au point de donner au sérum du sang une fluidité plus grande qu'à l'état normal, l'hydropisie commence : et cette hydropisie s'effectue avec d'autant plus de rapidité, que la diminution de l'albumine est arrivée plus rapidement et à un degré prononcé.

Mais outre ce travail morbide sur le sang, ou peut-être même à cause de ce travail, quelquefois une albuminurie de plus ou moins grande durée, sans altération rénale spéciale, vient elle-même, sinon déterminer en entier l'anémie albuminurique, au moins y apporter une très-grande part d'action. C'est peut-être bien ce qui a lieu dans certaines anasarques consécutives à la scarlatine, la rougeole, etc., bien que M. Rayer et beaucoup d'autres prétendent rattacher, dans ce cas, l'albuminurie à une lésion des reins. C'est à coup sûr ce qui a lieu pour une certaine partie d'anasarques par cachexie paludéenne. Quand, en 1849, nous avions déjà observé une albuminurie passagère chez trois malades différents, atteints de fièvre paludéenne, à la suite d'un fort accès (1), nous commencions à soupçonner, ou plutôt à prévoir que les anasarques qui surviennent à la suite de ces fièvres prolongées pourraient bien tenir plutôt à la diminution de l'albumine du sang par albuminurie répétée qu'aux prétendus engorgements des viscères abdominaux.

Vers la fin de 1850, MM. Becquerel et Rodier confirmèrent notre manière de voir par les conclusions de leur *Mémoire sur l'a-*

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1850.

némie albuminurique, comme cause d'hydropisie (1). Ces auteurs étaient fondés à admettre, d'après leurs analyses de sang, que dans les hydropisies consécutives aux cachexies paludéennes il y a anémie albuminurique, et que, par conséquent, l'anasarque semble se rattacher à cette anémie comme effet à cause. Mais ils n'avaient pas, que nous sachions, observé d'albuminurie dans ces cas, ce qui eût ajouté une preuve de plus à leurs trop justes conclusions. Nous avons déjà cité, dans nos généralités, un exemple d'albuminurie suivie d'anasarque dans un cas de cachexie paludéenne.

Nous en possédons plusieurs autres plus récents et qui prouvent que l'albuminurie est assez fréquente dans les fièvres paludéennes invétérées. Est-ce à dire qu'alors il y a simultanément lésion des reins ? L'anatomie pathologique pourra trancher nettement cette question. Quant à présent, cela nous semble impossible à admettre, au moins comme principe général, en présence des faits passés par nos mains, et où anasarque et albuminurie ont disparu avec rapidité sous l'influence d'un traitement convenable, ce qui n'arrive pas dans la maladie de Bright. En effet, ici l'anasarque peut bien disparaître ; mais l'albuminurie lui survit quand il y a néphrite albumineuse chronique, et ne s'éteint pas encore si brusquement quand il y a néphrite albumineuse aiguë. Veut-on un exemple de cette rapide disparition de l'albuminurie ? le voici :

IXe OBSERVATION.

Le nommé Zurcher, garde républicain, trente-un ans, constitution au-dessus de la moyenne, neuf ans de service, lymphatique sanguin, avait habité l'Afrique pendant quelques années, et y avait été sujet aux fièvres d'accès, dont il avait eu à subir les atteintes prolongées à différentes reprises. Depuis qu'il était dans la garde républicaine, il avait eu de nombreuses réminiscences de ces fièvres, et, le 10 octobre, il entrait dans notre service à l'hôpital du Val-de-Grâce, pour ce même motif. Sa fièvre l'avait repris depuis six jours, affectant le type quotidien. Quoique d'une constitution robuste primitivement, Zurcher présentait un teint

(1) Nous avons rapporté en entier les conclusions de ce Mémoire, p. 72.

très-pâle, symbole d'anémie commençante ; la face avait un certain degré de bouffissure ; le foie et la rate furent mesurés par la plessimétrie, le cœur soumis à la percussion et l'auscultation, ainsi que les organes respiratoires. Aucun de ces organes ne présentait de trace de lésion, excepté la rate, qui avait dix centimètres de diamètre de haut en bas, et dix-sept centimètres de diamètre transversal. Le 11, les urines soumises à l'analyse présentèrent une légère quantité d'albumine. Le même phénomène se reproduisit pendant trois jours. Ce malade fut traité par le chlorure de sodium, et la fièvre céda à la troisième prise, le quatrième jour de l'entrée. Cependant, malgré la disparition de la fièvre, la bouffissure de la face s'était étendue au tronc et aux membres inférieurs. Le 18, l'anasarque était très-prononcée ; la cavité péritonéale contenait de la sérosité : il y en avait également d'épanchée dans les cavités pleurales. Le 19, nouvel accès de fièvre, nouvelle apparition d'albuminurie. Cette fois, le sulfate de quinine à haute dose fut administré ; la fièvre fut coupée au troisième accès ; l'albuminurie, quoique légère, persista jusqu'au 23. Les préparations de fer et de quinquina, les purgatifs salins, un régime tonique et substantiel, des tisanes sudorifiques et amères constituèrent notre traitement, auquel furent adjointes, un peu plus tard, des frictions avec les teintures de cantharides, de scille et de digitale. Bref, ce malade quitta l'hôpital le 23 novembre, complétement débarrassé de la suffusion généralisée, et, pour le moment, de sa fièvre rebelle.

Peut-on considérer l'engorgement médiocre de la rate comme cause de l'hydropisie en ce cas ? Mais cette supposition serait absurde quand on voit tous les jours des rates d'un volume prodigieux n'engendrer ni ascite ni anasarque. A quoi rattacher cette anasarque, quand nous n'avons trouvé aucune altération des solides qui pût en rendre compte ? N'est-on pas rigoureusement en droit de la rattacher à l'anémie albuminurique, quand on a vu de l'albuminurie exister à deux reprises différentes, pendant peu de jours, c'est vrai, mais ayant pu avoir lieu déjà avant l'entrée du malade à l'hôpital ? Si nous avions osé lui tirer du sang, nous aurions eu, par l'analyse, le dernier mot du problème aux trois quarts résolu par l'apparition de l'albuminurie. Mais comme, dans d'autres circonstances où aucune lésion d'organe ne pouvait rendre

compte de la suffusion séreuse, les analyses de sang, entre les mains de MM. Becquerel et Rodier et les nôtres, ont prouvé qu'il y avait diminution considérable de l'albumine, et que cette altération du sang l'expliquait suffisamment, nous sommes fondé ici, quoique privé du même secours de l'analyse, à conclure à l'anémie albuminurique comme cause de l'hydropisie, puisque, d'une part, nous observons de l'albuminurie, et que, d'autre part, il n'existe aucune altération de solide qui puisse expliquer l'anasarque.

Nous donnons donc comme démontré que si dans les anasarques consécutives aux cachexies paludéennes l'anémie albuminurique paraît en être la principale cause, cette anémie est produite bon nombre de fois par l'albuminurie plus ou moins prolongée qui accompagne cet état cachectique, ou du moins est portée plus loin par ce phénomène.

Les praticiens de grande expérience savent à merveille que les fièvres graves, surtout la fièvre typhoïde, sont fréquemment suivies d'anasarque, dans la convalescence. Il est bien entendu que nous ne prétendons pas désigner ainsi les œdèmes des extrémités inférieures, qui surviennent fréquemment aussi à la suite de ces maladies, et qui dépendent d'oblitérations veineuses par caillot obturateur, ainsi que nous l'avons dit au sujet de la phlegmasia alba dolens.

Or l'anasarque à la suite de ces fièvres, d'où provient-elle? Est-ce de l'altération des solides? Il est bien vrai que ceux-ci sont profondément détériorés; mais comme ils le sont plus ou moins profondément dans tous les cas, et que l'anasarque n'apparaît que dans quelques-uns, il faut aller chercher dans une autre condition sa raison d'être. Cette autre condition, nous la trouvons dans l'anémie albuminurique, et ici cette anémie nous semble presque toujours le produit de la fuite de l'albumine par la sécrétion urinaire, sans maladie préalable des reins. Ainsi, nous pouvons donner quelques chiffres intéressants.

Dans le cours de 1850, nous avons eu, parmi les nombreuses fièvres typhoïdes qui se sont présentées dans notre service, quatre-vingts cas plus ou moins graves. Sur ces quatre-vingts cas, dix-sept ont présenté de l'albuminurie : c'étaient les plus graves. Cette albuminurie, dont la moindre durée a été de trois jours, par suite

de décès, s'est perpétuée au maximum jusqu'à quinze jours. De ces dix-sept malades, dix ont succombé, ce qui nous a fait admettre un certain rapport entre l'albuminurie et la gravité de la maladie. Les sept survivants nous ont tous présenté, dans leur convalescence, une anasarque plus ou moins prononcée. Il est hors de toute contestation que ces anasarques étaient le résultat d'une anémie albuminurique, et que cette anémie résultait en grande partie de l'albuminurie que nous avions observée. Nous disons en grande partie, parce qu'il ne nous répugne point d'admettre que le défaut d'acquisitions nouvelles de ce principe par le sang, ou le défaut de réparation, par suite de la fièvre typhoïde, entrent également pour quelque chose dans cette anémie. Nous croyons même qu'il peut se faire que, par ce seul mode, l'anémie arrive au point de déterminer l'anasarque. Or l'albuminurie, dans nos dix-sept cas, dépend-elle d'une altération des reins ? Dix autopsies sont là pour répondre à la question. Dans ces dix cas, huit fois nous avons rencontré une injection de la substance corticale et tubuleuse sans augmentation de volume, telle qu'on la rencontre, en un mot, dans la plupart des fièvres typhoïdes. Ces huit malades avaient succombé dans le courant du deuxième septenaire. Chez les deux autres malades, morts dans le courant du troisième septenaire, les reins se sont présentés dans un état de pâleur, d'anémie générale, mais sans augmentation ni diminution de volume, sans changement dans la consistance des tissus, sans aucune trace de granulation, sans bosselures, etc. En un mot, dans ces autopsies, nous n'avons rien trouvé qu'on ne rencontre dans celles des autres typhoïdes, aux mêmes périodes. Nous sommes donc forcé de conclure que l'albuminurie provient d'un trouble profond subi par le sang, et qu'à son tour elle lui imprime une modification nouvelle, l'anémie albuminurique, qui pousse aux exsudations séreuses.

Dans l'état de grossesse, l'albuminurie est un fait assez fréquent, sinon constant, surtout à certaines époques. Or cette albuminurie imprime au sang, suivant sa plus ou moins grande persistance, une anémie albuminurique à un degré plus ou moins prononcé. On sait également que dans cet état, d'après les recherches de MM. Cazeaux et Régnauld, le sang s'appauvrit en globules rouges, et offre une prédominance du sérum, ce qui a

fait donner à cet état le nom de chloro-anémie, par M. Bouillaud. Il est indubitable que la plupart des anasarques survenant chez les femmes enceintes reconnaissent cet état du sang pour cause. Ici encore, il faut bien distinguer l'anasarque de la phlegmasia alba dolens, qui tire son origine d'une obturation veineuse par caillot sanguin. Les anasarques dont nous parlons avaient été attribuées à des causes différentes avant que l'examen de l'urine ne fût venu révéler l'albuminurie, si fréquente dans la grossesse; et les analyses du sang, la prédominance du sérum. Aujourd'hui il devient inutile d'aller chercher d'autres causes, quand l'altération du sang est si bien démontrée : les autres causes ne feraient, en tout cas, que porter un appoint de plus.

Il est bien entendu que nous ne nions pas que dans quelques-unes de ces hydropisies il n'y ait maladie de Bright; cela peut être et cela est quelquefois, mais ce sont les cas exceptionnels. Et ici nous sommes d'accord avec MM. Devilliers fils et Régnauld, qui, au sujet des hydropisies des femmes enceintes, s'exprimaient ainsi (1) :

« Si, dans quelques cas, nous avons rencontré des altérations rénales, se rapprochant plus ou moins de celles décrites dans la maladie de Bright, nous n'avons rien trouvé d'analogue dans d'autres. S'il n'est pas possible de nier que, dans quelques cas, les germes de l'albuminurie se soient développés avant la grossesse ou accidentellement pendant son cours, et que cette maladie ne fasse qu'emprunter un cachet particulier à l'état de l'organisme au milieu duquel elle se développe, d'un autre côté l'observation nous a démontré qu'elle apparaissait le plus souvent à l'occasion de la grossesse et disparaissait le plus souvent avec elle. Il semble donc exister entre celle-ci et l'albuminurie une relation de cause à effet; mais cette cause sera-t-elle dans l'action toute locale et toute mécanique, invoquée par M. Rayer, ou dans ces modifications intimes générales dont nous avons trouvé des preuves dans la composition particulière du sang? nous préférons de beaucoup cette dernière hypothèse, et nous croyons, par exemple, que cette modification du liquide sanguin est

(1) *Hydropisies des femmes enceintes* dans les *Arch. de méd.*, t. XVII, juin et juillet 1848, Mémoire cité, p. 71 et 72.

propre à produire sur certains organes des impressions insolites, à y développer des troubles fonctionnels et, consécutivement, des lésions organiques appréciables à nos sens.

Les organes atteints sont surtout ceux qui servent à la dépuration du fluide nourricier, c'est-à-dire le foie et les reins. Cette opinion se rapproche de celle de Lichestz, qui admet une dyscrasie albumineuse, et de celle émise avant lui par Ellioston, Graves et Mackintosh d'Édimbourg, qui considèrent l'albuminurie comme une maladie générale, dans laquelle il y a tendance à sécrétion excessive d'albumine dans tous les organes.

Ces auteurs, ainsi que B. Willis, Martin Solon, le professeur Forget, etc., ne croient pas que l'albuminurie doive nécessairement s'accompagner de lésion organique des reins, et les expériences de Christison, de Fourcault, de M. Cl. Bernard, sur les hommes et les animaux, viennent confirmer la justesse de cette manière de voir. Pourquoi donc l'état de grossesse ne favoriserait-il pas, dans certains cas, l'apparition des symptômes de l'albuminurie, sans même qu'on ait besoin d'invoquer l'existence d'une affection rénale plus ou moins avancée ? »

Aujourd'hui il est pleinement prouvé que la grossesse s'accompagne fréquemment d'albuminurie, sans altération rénale préexistante, puisque l'albuminurie disparaît avec la grossesse, au moins dans la majorité des cas. Cette albuminurie entraîne avec elle l'anémie albuminurique ; et l'anasarque, survenant dans cet état, ne reconnaît probablement pas d'autre cause. Nous ne sommes pas riche, pour notre compte, en observations d'anasarques de femmes enceintes; nous n'en possédons que trois cas : mais dans ces trois cas l'albuminurie a persisté jusqu'après l'accouchement, et l'anasarque n'a pas tardé à céder après sa disparition ; nous citons le cas le plus remarquable.

Xe OBSERVATION. — ANASARQUE DUE A L'ALBUMINURIE PENDANT LA GROSSESSE.

La femme Lype, de Givet, trente-neuf ans, constitution au-dessous de la moyenne, éprouvée par de nombreuses maladies, vivant au sein de la misère, d'un tempérament lymphatique prononcé, en était à sa huitième grossesse, en juin 1848. Vers le sixième

mois, elle s'aperçut que l'infiltration qui existait depuis un mois aux extrémités inférieures, ce qui lui arrivait à chaque grossesse, avait gagné le tronc, les membres supérieurs et la face. Son ventre lui semblait aussi avoir acquis rapidement un volume beaucoup plus considérable; elle était devenue d'une faiblesse telle, qu'elle ne pouvait presque plus se lever : c'est en cet état qu'elle réclama nos soins. Il nous fut aisé de diagnostiquer une anasarque avancée. La respiration était courte, et l'examen direct nous décela un commencement d'œdème pulmonaire. Notre attention se fixa immédiatement sur les urines, qui étaient rares. Elles furent soumises à l'analyse, par l'acide azotique et la chaleur ; elles fournirent un précipité albumineux, assez abondant ; les jours suivants et jusqu'à l'accouchement, qui eut lieu au huitième mois et demi, elles donnèrent constamment le même résultat. L'anasarque reconnaissait pour cause l'anémie albuminurique, produite sans doute, en grande partie, par l'albuminurie, avec ou sans altération rénale.

Un traitement tonique, des frictions à la peau avec la teinture de scille et de digitale, les préparations ferrugineuses, telles furent les mesures prises à l'égard de cette pauvre femme. Malheureusement, le 2 juillet, par suite de refroidissement, l'œdème pulmonaire passa à la subphlegmasie : des crachats visqueux et rouillés, un état fébrile bien prononcé en furent la preuve évidente; cet état fut combattu par le tartre stibié, à haute dose, qui fut toléré, et en triompha au septième jour, sans que l'enfant parût en souffrir. Bref, la femme Lype accoucha, au huitième mois et demi, d'une petite fille un peu chétive, mais bien constituée et vivante. L'accouchement fut long, tant il y avait d'inertie de la part de la matrice, dans cette position de la mère. Le seigle ergoté dut être mis à contribution. Dès le lendemain de l'accouchement, au moment où la fièvre de lait était en pleine activité, les urines cessèrent d'être albumineuses et ne le furent plus jamais, quoique l'anasarque persistât au même degré. Quand la malade eut passé l'époque des phénomènes puerpéraux, c'est-à-dire dès le quinzième jour, la suffusion séreuse put être combattue avec fruit. Grâce aux Dames de Charité, le bon vin et une alimentation convenable ne firent point défaut à cette malheureuse ; les purgatifs

salins répétés, les tisanes diurétiques, les préparations ferrugineuses et de quinquina finirent par amener une diurèse abondante et continue, qui jugea définitivement l'anasarque, un mois et demi après les couches. La femme Lype se rétablit complétement, et huit mois après elle était enceinte pour la neuvième fois. Dans l'intervalle de ces huit mois, nous eûmes occasion de l'examiner souvent, et nous ne rencontrâmes jamais d'albumine dans ses urines. Il est évident qu'ici, comme dans les deux autres cas analogues que nous avons observés, l'albuminurie n'était point le résultat d'une altération rénale, puisqu'elle a disparu brusquement avec l'accouchement pour ne plus jamais reparaître, et que cette albuminurie avait donné lieu à l'anémie albuminurique, cause de l'anasarque. Nous pourrions, du reste, en fouillant dans les écrits périodiques ou les mémoires nombreux qui traitent de la matière, recueillir un très-grand nombre d'observations de ce genre. Dans les deux cents cas d'anasarques que nous avons analysés ou qui nous sont propres, nous en trouvons neuf appartenant à des femmes enceintes, dont trois découlent de notre pratique. Dans ces neuf cas, l'albuminurie est mentionnée huit fois, et semble avoir présidé à la production de la suffusion séreuse; dans le neuvième, il n'en existait pas, mais l'observation manque de détails suffisants.

Étiologie. N'avons-nous pas établi déjà en grande partie l'étiologie des anasarques par anémie albuminurique, en citant les cachexies paludéennes, les fièvres graves, l'état de grossesse, qui, assez fréquemment, entraînent à leur suite une albuminurie plus ou moins persistante, sans altération des reins, et donnent lieu, par ce fait, à l'anémie albuminurique et aux anasarques qui en sont la suite ? A cette série d'états morbides divers, il faut joindre les cachexies cancéreuses, tuberculeuses, qui, à la longue, entraînent dans le sang les mêmes modifications, sans intervention d'albuminurie. Il faut y joindre encore ces cachexies résultant d'alimentation insuffisante ou insalubre, par l'usage exclusif de légumes de mauvaise qualité, d'herbages en voie de putréfaction, etc., ce que l'on observe dans des temps de disette et de détresse publique. Évidemment, sous l'influence de pareils aliments le sang éprouve une altération profonde, qui se traduit par des phénomènes de suffusions séreuses apparaissant sous forme

endémique, comme celles rapportées par Gaspard. Enfin, pour être complet, nous devons dire que tout ce qui tend à imprimer au sang une modification considérable dans le sens de la diminution de son albumine, qu'il y ait prédominance ou non de sa partie aqueuse, devient cause de suffusion séreuse par anémie albuminurique.

Tantôt ce sont de vrais états morbides qui entraînent à leur suite cette anémie d'une manière plus ou moins lente, tantôt au contraire ce sont des circonstances anormales ou extraphysiologiques qui, en même temps qu'elles déterminent des lésions des solides, donnent lieu, de prime abord, à cette altération du sang. Donc cette altération peut surgir assez brusquement et assez violemment, suivant l'intensité et la ténacité des causes dont nous parlons, telles que les aliments malsains ou insuffisants en temps de disette, que nous citions tout à l'heure ; l'inoculation de certains venins d'animaux, de la vipère, par exemple, qui entraîne immédiatement à sa suite une suffusion séreuse, parce que le sang est promptement et profondément altéré, et que cette altération doit consister principalement dans la chute de son albumine.

L'anémie albuminurique peut arriver de trois manières : ou parce que l'albumine s'échappe par les voies urinaires, bien entendu sans altération spéciale des reins, car alors l'anasarque rentre dans notre troisième classe ; ou par altération des solides et du sang ; ou parce que le sang, par un travail intime qui nous est inconnu, subit une modification dans les proportions de ses éléments, une diminution de l'albumine. Il est bien entendu que, pour nous, quand l'albuminurie survient sans altération rénale spéciale, le sang a déjà subi une altération, et que l'albuminurie ajoute à la diminution de son albumine. Les états morbides divers qui entraînent l'anémie albuminurique peuvent lui donner lieu par ces deux modes. En outre, ils peuvent l'entraîner promptement, subitement, comme dans les fièvres graves, les fièvres typhoïdes.

C'est à cette même anémie survenue spontanément par un trouble profond du sang que nous rapportons ces anasarques qui apparaissent rapidement après un, deux ou trois accès de fièvre intermittente, sans qu'on puisse leur attribuer une

cause plausible, ce qui les a fait classer parmi celles *incertæ sedis*. Pour en finir, l'étiologie, quoique assez obscure sous le rapport de l'action saisissable des causes, devient évidente, manifeste par ses effets, dans les diverses conditions que nous venons d'énumérer.

Symptomatologie; marche; terminaison; pronostic. Pour décrire la symptomatologie et la marche des anasarques par anémie albuminurique, il faut nécessairement les considérer sous deux points différents : suivant qu'elles succèdent à cette altération du sang survenue promptement, ou suivant qu'elles résultent du même état morbide survenu lentement, graduellement. Dans l'un et l'autre cas elles présentent des phénomènes tout opposés à l'anasarque précédemment décrite, ou par polyémie. Que l'apparition soit un peu brusque, ce qui arrive quand l'anémie albuminurique est promptement décidée; ou qu'elle s'opère par oscillations, comme cela se voit dans les cachexies, dans les convalescences de fièvre grave, où l'œdème du jour disparaît la nuit; que la marche soit un peu plus rapide comme dans le premier cas, ou qu'elle soit lente et progressive comme dans le second, il y a toujours une véritable asthénie qui préside à leur évolution. L'épiphénomène peut varier dans son exhibition, mais la phénoménalité extérieure reste la même; la décoloration, la pâleur de la peau et des tissus l'accompagnent dans l'un et l'autre cas : dans le second, la couche cutanée se couvre d'une crasse terreuse qu'on ne rencontre pas dans le premier.

En tout cas, la calorification est toujours diminuée, la circulation faible ou ralentie, ou bien accélérée par insuffisance du sang et non par fièvre. Si tant est que fièvre il y ait, c'est alors une vraie fièvre hectique, d'autant plus grave qu'elle annonce un progrès considérable dans la cachexie tuberculeuse, cancéreuse, etc.; cette fièvre redouble tous les soirs; les malades éprouvent souvent des faiblesses, des syncopes. Les bruissements d'oreilles, la faiblesse de la vue, des éblouissements, des caprices vertigineux s'emparent d'eux à intervalles répétés; et les goûts les plus bizarres, comme dans la chlorose, caractérisent leur appétit, souvent plus éphémère que réel.

Souvent ces anasarques sont limitées aux extrémités supérieures, inférieures, pendant un certain temps, l'infiltration affectent prin-

cipalement les faces dorsales des pieds et des mains, les paupières et les joues : d'autres fois, elles envahissent presque d'emblée toute l'étendue du tissu cellulaire sous-cutané; c'est ce qui a lieu quand l'anémie albuminurique est déterminée par un effet prompt et rapide. Les fonctions digestives sont profondément troublées : et comment pourrait-il en être autrement en présence de l'altération du liquide nourricier, et de l'imbibition des tissus par l'eau au milieu de laquelle ils baignent! En général, toutes les fonctions sont perverties ou dans un état de langueur. L'intumescence de la surface cutanée est molle et conserve plus longtemps l'impression du doigt; la peau, elle-même, paraît quelquefois devenue transparente par l'imbibition d'un liquide excessivement aqueux et dépouillé de plus d'albumine et de matières plastiques que tous les autres liquides hydropiques. L'enflure, d'abord plus prononcée le soir, disparaît en grande partie par le repos de la nuit; mais bientôt cette position horizontale ne suffit plus pour la dissiper, et elle reste en permanence.

Dirons-nous que ces sortes d'anasarques sont aussi durables que les cachexies qui leur donnent naissance, et que l'altération du sang elle-même? Ce serait revenir à la distinction plus haut établie. Les unes succèdent à des cachexies qui entraînent la destruction de l'organisme, elles ne doivent jamais céder et accompagnent le malade dans la tombe. Telles sont les anasarques qui suivent les cachexies cancéreuses, tuberculeuses. D'autres, tenant à des cachexies non destructives par elles-mêmes, mais assez durables, telles que les cachexies paludéennes, tendent à se prolonger tant que ces cachexies ne se sont pas effacées. Celles qui succèdent aux fièvres graves, typhoïdes, disparaissent avec une merveilleuse régularité, à mesure que s'effectue le retour de la nutrition, de la reconstitution du sang et des forces. Les anasarques des femmes enceintes trouvent, la plupart du temps, un terme à l'époque des couches ou à leur suite. Enfin, celles par anémie albuminurique prompte ont des chances de prompte disparition, en raison de la facilité avec laquelle le sang se reconstitue dans ses conditions physiologiques, quand les causes qui ont amené sa prompte perturbation ont cessé d'agir. Cependant, à part ces dernières conditions et celle de la grossesse, on peut formuler

que l'anasarque par anémie albuminurique est longue à disparaître, souvent difficilement curable, quelquefois pas du tout.

A la suite d'une médication appropriée et d'une sage hygiène, le sang tend-il à rentrer dans l'ordre, aussitôt l'épanchement séreux tend aussi à diminuer; puis, avec le retour des forces, il s'établit, en général, une supersécrétion, soit cutanée, soit intestinale, soit des voies urinaires, qui met fin à l'anasarque; c'est là le cas le plus heureux. Mais quand l'altération du liquide sanguin est profonde et de longue durée, quand surtout elle se lie à un de ces états sous l'influence desquels le corps entier trouve sa ruine, il est alors impossible que le retour à la santé ait lieu. La gangrène, qui frappe quelquefois les parties œdématiées, est une vraie conséquence de l'état du sang et du degré de l'enflure. La nutrition des tissus est très-imparfaite, et la circulation pauvre et amoindrie. En des conditions telles, la peau se trouvant comprimée ou distendue plus fortement sur quelque point par le liquide, la circulation capillaire peut s'y abolir entièrement et donner lieu à la mortification.

Diagnostic différentiel. Peut-on confondre avec les autres cette espèce d'anasarque? Convenons que dans beaucoup de cas la méprise est impossible, si par un examen sévère on remonte toujours à la source du mal. L'anasarque par anémie albuminurique ne peut offrir quelque similitude, à cause de sa phénoménalité, qu'avec les anasarques dites autrefois passives, et que M. Bouillaud fait toutes découler d'obstacles à la circulation veineuse; ou avec celles qui procèdent de la maladie de Bright. Dans le premier cas, la facilité de pouvoir remonter à peu près toujours à l'obstacle au cours du sang qui siége dans le cœur, le foie, les reins, la rate, ou dans un gros vaisseau oblitéré ou comprimé par des tumeurs, etc., doit mettre le praticien qui a l'habitude du diagnostic à l'abri d'une confusion. Il serait beaucoup plus difficile, peut-être souvent impossible de la distinguer des anasarques par maladie de Bright, quand il y a albuminurie; mais alors même le traitement n'aurait pas grandement à souffrir, puisque, négligeant les émissions sanguines à cause de l'état d'asthénie, on aurait, comme dans la maladie de Bright, à chercher à reconstituer le sang appauvri. Dans la majorité des cas, les cachexies existantes, les fièvres graves antérieures, l'é-

tat de grossesse, mettent sur la voie de la nature de l'anasarque. Si l'absence de toute autre lésion des solides ou du sang peut faire soupçonner l'anémie albuminurique, il est un moyen qui est infaillible pour la reconnaître dans les cas rapidement apparus, et où les sujets conservent encore un certain degré de force : c'est l'analyse du sang. En un mot, dans la plupart des cas, cette anasarque emporte avec elle un cachet propre de débilitation profonde, cachet qui se révèle encore assez fréquemment par quelques signes locaux, tels que taches pourprées, teinte jaune de la peau, bruit de souffle au cœur et aux carotides.

Complications. C'est dans cette espèce d'anasarque que surgissent surtout les complications d'épanchements aqueux dans les diverses cavités formées par les séreuses. Ces complications, qui procèdent de la même origine, peuvent être néanmoins accélérées par l'irritation des séreuses en question, irritation qui n'est pas incompatible avec l'état d'anémie, et qui, à mesure qu'elle s'établit sur un point, appelle l'exsudation séreuse avec d'autant plus de facilité, que le sang se trouve dans des conditions plus favorables pour ce travail. En dehors des séreuses, les autres tissus sont susceptibles d'être abreuvés aussi par la sérosité qui s'échappe continuellement à travers les parois des capillaires; c'est ainsi que la substance cérébrale et de la moelle peut être imprégnée de ce liquide au point d'en être macérée, ramollie, et donner lieu à divers phénomènes de paralysie. Une telle complication est certainement des plus graves qui puissent arriver.

L'œdème pulmonaire est aussi un accident qui peut se montrer et se montre quelquefois dans cette anasarque à cause générale. C'est à l'examen direct qu'il faut s'adresser pour le reconnaître, car la dyspnée considérable peut être aussi le résultat d'épanchement séreux dans les plèvres et le péricarde. Les engorgements des viscères abdominaux existent fréquemment dans les anasarques par cachexie paludéenne, comme les dégénérescences organiques de diverse nature dans celles à cachexie cancéreuse, tuberculeuse, etc. Dans ces derniers cas, on doit tenir compte de ces désordres, non à titre de complication réelle, mais à titre de maladie initiale proprement dite.

Traitement. Le traitement des anasarques par altération du sang est bien différent, suivant le genre d'altération. Les anasarques par polyémie trouvent un remède rationnel dans les émissions sanguines générales, rarement dans les locales ; dans une diète convenable et l'usage de tisanes rares, mais rafraîchissantes. Les évacuations sanguines ont ici un double mode d'action, s'adaptant au mécanisme mixte par lequel s'opère la suffusion séreuse. La trop grande plénitude des capillaires étant cause, en partie, de l'exsudation séreuse à travers leurs parois, la saignée, en dissipant cette plénitude, arrête l'exsudation surabondante. Ensuite si, comme penche à le croire M. Andral, comme nous l'admettons nous-même, comme M. Magendie l'a prouvé par ses ingénieuses expériences, si, disons-nous, la plénitude des capillaires arrête leur puissance d'absorption, met un obstacle à la reprise des produits exsudés, la saignée, par son action déplétive, rétablit cette propriété annulée ; ceci est en accord complet avec ce que nous enseigne la saine physiologie. Ce moyen curatif a besoin d'être manié par une main expérimentée et douée du tact médical ; car pousser la saignée trop loin, c'est s'exposer à atteindre un but tout opposé, c'est-à-dire à faire prédominer le sérum du sang par la chute considérable des globules : rester en deçà, c'est n'obtenir qu'un résultat nul ou insuffisant, et qui ferait désespérer du moyen. La sagacité seule du médecin peut imposer des règles au lit du malade. Les saignées locales seraient insuffisantes, car elles n'atteindraient qu'indirectement la circulation générale, tout en affaiblissant proportionnellement plus le malade. Mais si, par une disposition particulière, l'une des séreuses devenait le siége principal de la fluxion, alors la saignée locale aurait son indication.

La diète, les boissons rafraîchissantes, agissent dans le même sens que la saignée; mais elles méritent aussi qu'on reste dans une prudente réserve à leur égard pour ne pas finir par l'effet opposé à celui qu'on veut atteindre. La disparition des flux menstruel, hémorrhoïdal, doit être prise en considération, comme nous l'avons dit au sujet d'autres hydropisies ; non pas qu'il faille chercher à les rappeler immédiatement, ce qui serait souvent inopportun, mais pour agir, passé un certain temps et quand l'anasarque persiste, sur les organes qui étaient autrefois

le siége de la fluxion sanguine. Suivant les forces du sujet, quelques applications de sangsues à la vulve, pour les jeunes filles ou femmes, à l'anus pour les hommes sujets aux hémorrhoïdes; des fumigations aromatiques locales, des pédiluves sinapisés, pourraient être mis en usage avec quelque avantage. Mais nous répudions cette pratique erronée, qui fait recourir aux emménagogues de toutes sortes, dans l'intention de rappeler un flux dont la suppression est réputée cause de l'anasarque.

D'habitude, les anasarques par polyémie se jugent sous l'influence des moyens si simples que nous venons d'exposer, et des ressources de la nature ; mais, en cas de résistance, on pourrait s'adresser aux fumigations aromatiques répandues sur toute la surface cutanée, aux bains de vapeur simples, aux bains de sable chaud, aux boissons diaphorétiques. Les laxatifs et les diurétiques salins seraient également indiqués : les sels de nitre, de soude, de potasse, sont ceux qui méritent la préférence. Le mélange de 25 grammes de sulfate de soude et 8 grammes de nitrate de potasse, en dissolution dans 200 grammes d'eau, nous a toujours rendu les plus grands services. Tout en offrant l'avantage de ne susciter aucune colique, cette solution suractive la sécrétion séreuse intestinale.

La thérapeutique de l'anasarque par anémie albuminurique mérite un examen tout particulier. C'est cette espèce d'hydropisie que Sydenham rattachait à la cachexie séreuse, et qu'il proposait de combattre par des moyens destinés à remplir les deux indications que voici : évacuation des eaux, éloignement ou destruction de la cause qui les engendre. A moins d'indication pressante, impérative, de complication d'ascite ou d'hydrothorax susceptibles de compromettre l'existence, nous intervertissons l'ordre de Sydenham, et nous voulons d'abord qu'on éloigne ou qu'on détruise, s'il est possible, la cause de l'anasarque. Une telle manière de procéder met les ressources de la nature beaucoup mieux à même de réagir. C'est ici que l'hygiène doit être la boussole du médecin, qui ne doit pas oublier que l'appauvrissement du sang est la cause de tout. Alimentation réparatrice en harmonie avec les forces digestives, ordinairement détériorées ; changement d'air, cessation de profession nuisible; habitation d'un lieu sec, chaud et bien aéré, telles sont les premières conditions

essentielles dans lesquelles doivent être placés les malades. Les modifications hygiéniques, quoique plus directement appliquées à tarir la source du mal, seront souvent lentes à faire sentir leurs effets, d'autres fois ne seront suivies d'aucun effet appréciable, tant le mal est profond et enraciné.

Cullen voulait qu'on recoure au bandage roulé, compressif, aux frictions et à l'exercice. Ce n'est là qu'une partie bien superficielle des moyens vraiment curatifs : aussi voulait-il qu'à cette première partie on joignît l'usage des toniques, en raison de la grande débilité des malades. Nous sommes, pour notre compte, partisan avéré des toniques maniés habilement, tels que les préparations martiales, le quinquina, l'usage du bon vin vieux et des aliments azotés sous forme de viandes rôties.

Certaines eaux thermales, telles que celles de Spa, de Forges, etc., sont d'une grande ressource. Mais, à mesure que l'organisme se relève de sa profonde détérioration, il faut, avec à-propos, user des médications susceptibles d'activer les principales voies d'excrétion, pour la propulsion, au dehors, de l'eau qui infiltre le tissu cellulaire. Ce n'est que par une large combinaison, toujours faite à propos, des divers moyens que nous venons d'indiquer, qu'on pourra espérer triompher de ces leucophlegmasies souvent tenaces et longues.

Les préparations de quinquina conviennent, par exemple, à merveille, aux anasarques par cachexie paludéenne. Le vin d'absinthe, proposé par Sydenham, est un remède énergique qui peut rendre des services, à la condition qu'on surveille attentivement les fonctions digestives. Les bains d'eau froide, proposés par Cullen comme excellent tonique, ne nous paraissent compatibles ni avec l'état de prostration des malades, ni avec l'imbibition séreuse qui pénètre leurs tissus. Une telle tonification pourrait bien entraîner une dépression complète des forces, par le défaut de possibilité de réaction. Si l'on doit tonifier par l'action de la surface cutanée, mieux vaut recourir aux frictions sur toute l'étendue du corps avec des teintures aromatiques et une douce chaleur.

On voit que nous ne faisons qu'indiquer ici les moyens à mettre en usage contre la cause morbide, parce que, quand celle-ci est à peu près vaincue, l'organisme suffit souvent seul à se dé-

barrasser des sérosités épanchées. Mais dans le cas où son impuissance serait évidente, c'est alors qu'il faut recourir aux médications variées qui ont pour but la propulsion du liquide au dehors. Ces médications, dont le détail sera donné plus loin, sont tellement nombreuses, que le médecin n'a que l'embarras du choix, quand l'expérience et le tact médical ne l'ont pas mis d'avance dans le cas de se fixer à propos sur celles qui semblent le mieux s'adapter à chaque individualité.

§ III. — Anasarques par altération des solides et du sang.

Si l'on voulait comprendre sous cette dénomination toutes les leucophlegmasies qui présentent cette double altération à leur suite, le nombre en serait très-considérable. Mais n'oublions pas que, notre division des hydropisies n'ayant été fondée que sur la nature intime de la suffusion séreuse, ou plutôt sur l'altération morbide qui la suscite, le troisième ordre d'anasarques ne peut renfermer que celles où l'altération des solides et du sang ont prêté un mutuel concours à l'avénement de l'hydropisie.

A. *Anasarques consécutives aux exanthèmes aigus ou chroniques de la peau.* — Ces anasarques intéressent à un haut point, à cause de l'obscurité profonde qui a régné jusqu'à présent sur leur étiologie. On sait que certains exanthèmes, tels que l'érysipèle, s'accompagnent habituellement, à l'époque de la desquamation, d'un œdème du tissu cellulaire correspondant à la partie affectée. Cet œdème, qui ne saurait se rattacher en aucune façon à l'anasarque dont nous voulons parler, trouve sa raison d'être dans la congestion que le tissu cellulaire sous-jacent à la portion de peau affectée a subie par continuité, durant le parcours de l'érysipèle. Celui-ci présente divers degrés, suivant les couches du derme qu'il envahit. L'érythème, qui en est l'expression la plus simple, et qui ne touche que légèrement à l'épiderme, n'est suivi d'aucune infiltration. L'érysipèle phlegmoneux, au contraire, qui atteint toute l'épaisseur du derme et le tissu cellulaire sous-jacent, quand il est enrayé dans sa marche, et qu'il arrive à résolution, laisse, après sa disparition, un empâtement des tissus. Cet œdème n'est que le résultat de la congestion qui les a frappés, c'est de la dernière évidence. Ce qui se passe

pour l'érysipèle phlegmoneux, a lieu exactement pour l'érysipèle ordinaire, mais à un moindre degré. Quand celui-ci s'efface, il reste encore l'exsudation séreuse effectuée sous son influence dans les mailles du tissu cellulaire subjacent. Nous n'avons pas à nous occuper de cet œdème, que beaucoup d'auteurs ont prétendu rattacher, par analogie de cause, aux anasarques, suite d'exanthème cutané. Ce qui nous importe, c'est de traiter de ces leucophlegmasies qui succèdent assez fréquemment à la scarlatine, la rougeole, la miliaire, la petite vérole, etc.

Étiologie. Cette anasarque a été décrite par Cullen, sous le nom d'exanthématique, dont il faisait cinq à six variétés. Suivant J. Copland, elle seconnaîtrait pour cause et la suppression brusque de la transpiration cutanée, et une surabondance de certains matériaux excrémentitiels qui succéderait à ces exanthèmes. Nombre d'auteurs modernes n'ont vu là qu'un effet d'irritation subie consécutivement par le tissu cellulaire sous-cutané. — Contrairement à cette opinion, M. Andral ne pense pas que l'anasarque puisse se lier à cette irritation, et il se fonde sur ce que c'est après la disparition de l'exanthème, à l'époque de la desquamation, que commence à surgir la suffusion séreuse. Quoique la raison alléguée par le savant professeur ne soit pas concluante, nous nous rangeons pleinement à son avis, et voici pourquoi : Il est des scarlatines, des rougeoles qui apparaissent avec irrégularité; l'éruption ne se fait que par plaques dans certaines parties du corps, elle est incomplète; et là où il n'y a pas éruption, on ne peut accuser l'irritation du tissu cellulaire, puisque la peau reste pâle et contraste avec la coloration des autres parties. Dans ces éruptions irrégulières, l'évolution de la maladie est plus irrégulière encore. C'est alors que l'on voit l'exanthème disparaître, s'effacer quelquefois subitement, pour se répercuter, comme on le disait autrefois. C'est précisément alors que l'anasarque est imminente, quand la mort n'est pas la suite de cette interversion. Accusera-t-on, dans ce cas, l'irritation du tissu cellulaire d'être la cause de l'anasarque? Évidemment non, d'après les lumières du bon sens. C'est dans un travail plus profond et plus caché qu'il faut aller puiser sa source. Nous avons pu suivre quelquefois pas à pas la succession des phénomènes, et, frappé du vide de l'explication fournie par l'irritation du tissu cellulaire,

nous avons dirigé nos efforts de façon à trouver une cause plausible. L'une de nos plus remarquables observations a été relatée avec détail dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1850. Nous allons avoir bientôt à la citer avec les réflexions dont nous la faisions suivre.

Quand M. Andral refuse à l'irritation du tissu cellulaire d'être cause de l'anasarque, c'est pour adopter l'une des raisons données par J. Copland. Selon lui, l'exhalation habituelle de la peau est suspendue durant le cours de l'exanthème ; et alors le sérum, éliminé en temps ordinaire par cette surface, se trouverait reporté, plus ou moins modifié dans sa nature, soit dans les aréoles du tissu cellulaire, soit à la surface des séreuses. Là n'est pas encore la cause de l'anasarque ; car l'effet admis par M. Andral a lieu dans tous les cas de scarlatine, et toutes les scarlatines ne sont pas suivies d'anasarque. Il y a mieux : c'est que l'anasarque accompagne plus fréquemment les cas où l'éruption n'a pas eu une évolution régulière, et, par conséquent, où la desquamation est nulle, ou seulement partielle.

Richard Bright rattachait cette anasarque à une lésion des reins ; Christison formulait la même opinion, et Hamilton, sur 60 malades, n'avait vu que deux fois les urines non coagulables. Déjà, à une époque bien antérieure, Wells avait trouvé de l'albumine dans les urines des anasarques consécutives à la scarlatine. M. Rayer (1) avait trouvé, entre la maladie de Bright et les accidents qui caractérisent l'anasarque consécutive à la scarlatine, une telle analogie, qu'il ne balançait pas à dire que l'autopsie des cadavres démontrerait probablement qu'elles sont de la même nature.

Dans son *Traité des maladies des reins*, M. Rayer est devenu plus affirmatif. Il commence par dire (2) : « Dans le cours des rougeoles, des scarlatines, des varioles hémorrhagiques, l'urine contient quelquefois une certaine quantité de sang, par conséquent de l'albumine. Après la mort occasionnée par ces maladies, on a plusieurs fois trouvé les reins hypérémiés, gorgés de sang noir, et plus rarement du sang coagulé dans les bassinets. Quant à de véritables néphrites albumineuses, survenues dans la

(1) *Traité des maladies de la peau*, t. I, p. 209.
(2) *Maladies des reins*, t. II, p. 429.

convalescence des fièvres éruptives, les exemples qu'on en a cités se rapportent presque exclusivement à la scarlatine. J'ai eu connaissance d'un cas de néphrite albumineuse, survenue à la suite d'une variole confluente, » etc. Plus loin, l'auteur ajoute : « Je me propose d'établir deux choses qui ne sont pas encore généralement assez connues ; savoir, que : 1° Dans certaines scarlatines, surtout dans leur dernière période (celle de desquamation), l'urine est quelquefois plus ou moins chargée d'albumine, sans hydropisie, en même temps que les reins sont hypérémiés, ou présentent, après la mort, des lésions qui correspondent à celles que j'ai décrites comme appartenant à la première forme de la néphrite albumineuse produite par l'impression du froid ou par l'abus des boissons alcooliques. 2° L'hydropisie qu'on observe quelquefois à la suite de la scarlatine, par sa marche, par sa cause occasionnelle (impression du froid et de l'humidité), par sa généralité, par l'altération de la sécrétion urinaire qui l'accompagne ; par ses complications abdominales, thoraciques et cérébrales ; par ses lésions anatomiques et son traitement, par sa nature enfin, ne peut être séparée des hydropisies consécutives à la néphrite albumineuse aiguë ou chronique, produite par d'autres causes ou née sous d'autres influences. » Enfin, M. Rayer dit (1) : « Mais lorsque, dans la convalescence de la scarlatine, il se déclare un léger œdème des paupières, qui s'étend bientôt au visage et à d'autres parties du corps, et qui est accompagné d'un mouvement fébrile ; lorsque, en même temps, l'urine est coagulable, albumineuse, sanguinolente et d'une faible pesanteur spécifique, le diagnostic de la néphrite albumineuse n'offre aucune incertitude. »

Au dire de Wells et d'Hamilton, les urines ont presque toujours été albumineuses dans les cas d'anasarque consécutive à la scarlatine par eux observés. En rapprochant cette observation, de la manière de voir de M. Rayer, il faudrait nécessairement conclure, d'après lui, que c'est toujours une néphrite albumineuse qui suscite, en ces cas, la suffusion séreuse. Nous sommes forcé d'être de l'avis du médecin de la Charité, pour un certain nombre de ces anasarques, où la néphrite albumineuse, plus souvent aiguë, plus rarement chronique, vient susciter la suf-

(1) *Maladies des Reins*, t. II, p. 458.

fusion séreuse. Mais, ainsi que nous l'avons fait dans nos généralités, nous soutenons qu'il est loin d'en être constamment ainsi pour toutes les anasarques qui succèdent à la scarlatine, et à plus forte raison pour celles qui apparaissent après les autres exanthèmes. Dans un grand nombre de cas, en effet, la suffusion séreuse se montre sans albuminurie, et sans aucun autre symptôme de néphrite albumineuse. Ce serait alors un contre-sens que de chercher, dans une pareille lésion du rein, sa cause immédiate. Il y a mieux : il peut arriver que, sans qu'il y ait albuminurie pendant la scarlatine, l'anasarque survienne; et que, à mesure que le liquide épanché est repris par l'absorption, l'albuminurie se montre. Dans ce cas, il y aurait encore contresens à croire à la néphrite albumineuse, à cause de cette tardive apparition de l'albuminurie. Nous en avons eu un trop bel exemple entre les mains pour que nous ne le reproduisions brièvement. Ce cas a été relaté *in extenso*, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 321 et suiv.

XIe OBSERVATION. — ANASARQUE CONSÉCUTIVE A LA SCARLATINE.

Il s'agissait d'un jeune militaire, apporté le 7 mars 1850 dans notre service, au Val-de-Grâce, et atteint d'une scarlatine en pleine éruption. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, où le malade avait été soumis à l'expectation, à une douce température et aux tisanes chaudes, l'éruption avait subitement disparu de toute la surface du corps, excepté aux extrémités inférieures, où elle ne régnait plus que par plaques. De la stupeur et du délire avaient accompagné ce travail perturbateur. Les urines, filtrées et traitées par l'acide azotique et l'eau bouillante, ne donnaient aucun précipité albumineux. Elles étaient rouges, sédimenteuses et rares (environ 120 grammes pour la nuit). Saignée du bras à 300 grammes, 20 sangsues aux jugulaires, et frictions sur le corps avec l'huile de croton. Le 9, cessation du délire et de la stupeur; urines claires, presque citrines, sans sédiment : pas d'albumine à l'analyse. Le 10, apparaissaient de la paleur avec bouffissure de la face et un engorgement œdémateux périmalléolaire. Du 10 au 16, l'infiltration était devenue générale, du liquide s'était épanché dans la cavité péritonéale et dans les plèvres. Les urines,

toujours rares et claires, n'avaient jamais offert de traces d'albumine. Du 16 mars au 3 avril, l'anasarque persista, malgré les divers moyens employés; et les urines, analysées tous les jours, restaient telles qu'auparavant. Du 3 au 25 avril, le malade fut soumis à l'usage de la gomme-gutte, dont les doses furent élevées successivement jusqu'à un gramme cinquante, dose à laquelle succéda une abondante diurèse. Mais dès le 4, c'est-à-dire le lendemain de la première dose de gomme-gutte, les urines avaient changé d'aspect : elles étaient devenues rouges, sanglantes, donnant à l'analyse un ample précipité albumineux. Jusqu'au 12, elles présentèrent le même état, sans avoir augmenté en quantité. Du 12 au 14, augmentation sensible dans leur quantité, même coloration, même précipité albumineux. Du 15 au 25, augmentation considérable, avec diminution dans la coloration et dans l'albuminurie. La diurèse persista encore trois semaines après la cessation de la gomme-gutte; les urines devinrent progressivement claires et citrines, contenant très-peu d'albumine. Elles n'en présentaient plus du tout le 20 mai, époque où l'anasarque était complétement dissipée. Dans ce cas, nous ne pûmes regarder l'albuminurie, tardivement survenue, comme un symptôme de néphrite albumineuse, d'autant mieux qu'il n'existait aucun autre signe de cette lésion. Mais, en voyant son apparition coïncider avec la première dose de gomme-gutte; la voyant se perpétuer pendant tout le cours de l'administration de ce médicament, et se présenter à son summum, quand la diurèse commençait, et que l'anasarque était en décroissance; en la voyant enfin diminuer avec la disparition de la suffusion séreuse, nous ne pûmes nous empêcher de partager, dans ce cas, l'opinion de Cotugno. Cet auteur croit que le sérum qu'on rencontre dans les urines dépend de ce que celui épanché dans les cavités séreuses est porté en propre dans les reins par la circulation, et éliminé ensuite au dehors par les urines. Tout, dans notre observation, semble confirmer ce fait, et exclure l'idée d'une néphrite albumineuse.

Voilà donc qui prouverait que, même avec ce signe propre à la néphrite albumineuse aiguë, l'anasarque consécutive à la scarlatine ne dépend pas toujours de cette maladie des reins. Mais, en dehors de cas pareils, quand l'albuminurie existe, est-elle bien

toujours le résultat de la néphrite albumineuse, et, par conséquent, doit-on rattacher l'anasarque à cette lésion, ainsi que le prétendent M. Rayer et beaucoup d'auteurs anglais? Nous l'avons dit, nous ne le pensons pas, dans la majorité des cas. A notre sens, l'albuminurie découle plutôt d'une altération profonde du sang, par suite du travail morbide qui accompagne l'exanthème. Cette question est bien difficile à résoudre. Dans deux cas où nous avons analysé le sang, nous avons trouvé une diminution dans le chiffre de l'albumine, 59,09—58,31. On peut rigoureusement nous objecter que cette diminution est le fait de l'albuminurie. Mais comment admettre qu'une albuminurie de trois à cinq jours de durée fasse baisser l'albumine à ce point, s'il n'y avait pas une altération antérieure du sang? Comment l'admettre, surtout en présence d'autres exanthèmes, rougeoles, varioles, etc., qui donnent lieu à l'anasarque sans albuminurie, et cependant d'après le même mécanisme? Si l'on observe, comme nous l'avons vu, des hypérémies rénales considérables à la suite de scarlatine, sans qu'il y ait eu albuminurie, n'est-il pas évident que, quand l'albuminurie se montre, elle ne doit pas être rapportée exclusivement à l'hypérémie rénale? Pour tous ces motifs, nous admettons que quelquefois, mais rarement, la néphrite albumineuse suscite l'anasarque dans la scarlatine et les autres exanthèmes aigus, et que dans tous les autres cas l'hydropisie a lieu par anémie albuminurique se liant à l'altération initiale de la peau et au travail morbide général qui l'accompagne : et en cela nous croyons être parfaitement dans le vrai.

L'anasarque qui succède aux exanthèmes chroniques, quoique beaucoup moins fréquente, rentre absolument sous la même loi, quant à son mode de production. Cependant, il faut bien l'avouer, c'est chez elle qu'est admissible l'irritation du tissu cellulaire comme cause partielle. Là, en effet, la suppression d'un exanthème répercuté, mais non guéri, peut bien entraîner une irritation du tissu cellulaire; et comme c'est presque toujours à la suite de sa disparition brusque qu'apparaît la suffusion séreuse, il est logique d'admettre cette cause comme jouant un certain rôle.

L'anasarque consécutive aux exanthèmes aigus, et surtout à la scarlatine et à la variole, affecte plus particulièrement l'enfance, puis la jeunesse ou l'âge adulte. Il y a, pour cela, deux motifs : le

premier est que ces exanthèmes sont plus particuliers à ces âges; le second, c'est que l'enfance, puis l'âge adulte, sont les époques de la vie où l'on rencontre une plus grande mobilité dans les fonctions, et des changements plus rapides dans les organes.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous venons d'assister à une épidémie de rougeole et de scarlatine, qui vient de frapper les enfants d'Ajaccio. Nous pouvons donc donner quelques chiffres intéressants. Sur seize enfants de cinq mois à huit ans, qui ont été atteints de scarlatine, dans le courant de janvier et février, trois sont morts, neuf ont guéri sans accidents, et quatre ont été pris d'anasarque avec ou sans complication d'autre suffusion séreuse. Comme la plupart de ces jeunes malades n'ont pas passé par nos mains, nous ne pouvons rien dire de précis au sujet de leurs urines, durant le cours de l'exanthème. Sur les quatre affectés consécutivement d'anasarque, trois ont été soumis à notre examen, et le quatrième a été examiné avec soin par un confrère qui a bien voulu suivre nos conseils pour l'analyse des urines. Au dire de ce confrère, les urines de ce quatrième malade auraient présenté un dépôt albumineux non douteux, pendant neuf jours, dont quatre pendant l'éruption, et cinq au début de l'anasarque.

Sur les trois autres, soumis à notre examen, un seul a présenté de l'albuminurie pendant cinq jours. Nous ne savons s'il offrait ce phénomène antérieurement; car nous ne l'avons vu que quand la scarlatine était effacée, et que l'anasarque était déjà manifeste. Les deux autres, examinés par nous, depuis le commencement jusqu'à la fin, ont présenté dans leurs urines un phénomène assez singulier, qui a pu en imposer, en d'autres temps, à des observateurs moins expérimentés. Les urines, filtrées et traitées par l'acide azotique, donnaient un ample précipité rougeâtre en demi-suspension, mais non floconneux; quand elles étaient soumises à l'ébullition, elles devenaient immédiatement claires : le précipité disparaissait. Tous les jours, les mêmes moyens nous donnaient les mêmes résultats. Ces urines n'étaient nullement albumineuses.

Ainsi, sur seize enfants atteints de scarlatine, quatre seulement ont une anasarque; et sur ces quatre, deux donnent de l'albumine dans les urines. Ces résultats sont, comme on le voit, un peu différents de ceux que l'on a annoncés. Sur les douze

autres petits malades, nous n'avons pu analyser les urines, pendant le cours de l'éruption, que sur cinq ; un seul d'entre eux nous a présenté une albuminurie notable pendant deux jours, et ce petit malade n'a pas eu d'anasarque à la suite.

Sur les quatre atteints d'anasarque, un a présenté une ascite considérable, qui semblait surtout déterminée par une subphlegmasie péritonéale; un second offrait un léger épanchement dans la même cavité et dans les deux cavités pleurales. Trois sont parfaitement guéris aujourd'hui ; le quatrième, celui à ascite considérable, est encore en voie de traitement : l'ascite seule persiste (1). Nous croyons être l'un des premiers qui aient signalé l'albuminurie dans l'érysipèle. Voici ce qu'un examen quotidien des urines de tous les malades confiés à nos soins pendant dix-huit mois nous a appris, et cela ne laisse pas que d'être instructif pour l'histoire de l'anasarque. Nous avons eu à traiter, pendant ces dix-huit mois, quatre-vingt-quinze cas d'érysipèle, qui se répartissent ainsi : quarante-huit érysipèles de la face ou du cuir chevelu ; douze érysipèles occupant diverses parties du tronc, et suivant une marche ambulante envers et contre tous les traitements ; cinq érysipèles bornés simultanément aux deux membres thoraciques ; dix fixés à l'une des extrémités inférieures ; onze n'occupant qu'une portion de membre, soit supérieur, soit inférieur ; deux occupant presque toute la surface du corps ; deux occupant toute la partie antérieure du tronc, y compris le cou; trois siégeant dans toute la portion postérieure du tronc; enfin deux occupant la moitié supérieure du corps, y compris les membres.

Dans ces quatre-vingt-quinze cas, nous avons pu noter quatorze fois, comme cause occasionnelle, des lésions cutanées, dont neuf fois par vésicatoires. Sur ces quatre-vingt-quinze cas, nous avons observé sept fois de l'albuminurie, soit environ une fois sur dix-sept : une fois sur un érysipèle de la face et du cuir chevelu, très-intense, avec délire : l'albuminurie dura deux jours : Sur les deux érysipèles occupant presque toute la surface du corps ; chez l'un, l'albuminurie eut sept jours, et chez l'autre, trois jours seulement de durée : Sur un érysipèle étendu à toute la surface

(1) Ce jeune malade a succombé depuis que nous écrivions ces lignes.

antérieure du tronc, et succédant à des frictions faites avec la pommade stibiée, l'albuminurie persista huit jours pleins : Enfin, dans les trois érysipèles occupant la partie postérieure du tronc et succédant à de larges vésicatoires appliqués depuis huit et dix jours. Chez deux de ces malades, il y eut sphacèle d'une partie du derme : l'un offrit une albuminurie de vingt-un jours de durée, et l'autre de quinze jours.

De ces sept malades, quatre ont présenté des traces d'anasarque plus ou moins avancée, et apparue après un temps variable de l'albuminurie.

XIIe OBSERVATION. — ANASARQUE CONSÉCUTIVE A UN LARGE ÉRYSIPÈLE.

Le plus remarquable de ces quatre cas est un nommé Richer, garde républicain, de 48 à 50 ans, dont beaucoup d'élèves de l'hôpital du Val-de-Grâce ont pu conserver le souvenir. En juillet 1849, ce vieux militaire nous arrivait à l'hôpital, porteur d'une dyspnée considérable provenant d'emphysème pulmonaire double et de bronchite capillaire chronique. Après six jours de traitement, il lui fut appliqué deux larges vésicatoires en dedans des omoplates. Avant comme après l'application de ces vésicatoires, les urines ne présentaient aucune trace d'albumine. Au huitième jour de l'application, apparut, de chaque côté, un érysipèle périphérique aux plaies des vésicatoires. Dès l'apparition de l'érysipèle, les urines devinrent albumineuses; en quelques jours l'inflammation cutanée gagna tout le dos, de haut en bas : des plaques de sphacèle se montrèrent en plusieurs points : l'albuminurie, qui n'avait pas cessé, devint plus intense dans ce moment, et tout le temps que dura le travail éliminateur. Le seizième jour, la face et les extrémités inférieures étaient œdématiées, puis l'anasarque gagna jusqu'au vingt-unième jour de l'apparition de l'érysipèle, époque où succomba le malheureux Richer. L'albuminurie avait persisté jusqu'à la mort. L'autopsie ne démontra, pour toute lésion des reins, que de l'anémie, sans altération de substance. Il n'y avait ni atrophie ni hypertrophie de l'une et l'autre substance : la consistance était normale dans les deux : absence de toute granulation. La substance corticale, à épaisseur normale, se dessinait très-bien sur la

substance tubuleuse. La muqueuse des bassinets était pâle et exsangue comme tout le restant. Du reste, rien ne justifiait, à l'autopsie, l'anasarque. Elle était due, selon toute apparence, à l'anémie albuminurique survenue sous l'influence d'une perturbation profonde, et aidée par l'albuminurie prolongée.

XIIIe OBSERVATION. — ANASARQUE DE MÊME CAUSE.

Voici un exemple qui ne date que de quelques jours : Une très-jeune demoiselle, d'une des notables familles d'Ajaccio, était atteinte d'érysipèle au bras gauche, dans le courant de février dernier. Cet érysipèle semblait avoir pour point de départ un cautère qui existait depuis longtemps à ce bras. Cette jeune fille était, du reste, d'une constitution lymphatique, entachée de scrofules. L'érysipèle gagna bientôt tout le membre et fut suivi d'accidents, du côté du cerveau. Nous fûmes appelé alors en consultation. Pendant huit jours, le mal gagna tout le dos, le bras correspondant et la face antérieure du thorax. Les urines, examinées quatre fois par nous durant ce temps, donnèrent quatre fois un précipité albumineux ; bref, quand la desquamation se fit, l'enfant était anasarque. Cet épiphénomène n'a pas résisté longtemps.

Ces faits nous démontrent, d'une manière victorieuse, que, la plupart du temps, les anasarques consécutives aux érysipèles sont liées à l'anémie albuminurique, provenant d'un trouble profond et aidée par l'albuminurie.

Symptomatologie; marche; durée; pronostic et *complications.* L'anasarque qui succède aux exanthèmes aigus varie, pour son apparition, depuis le premier jusqu'au vingt et vingt-cinquième jour de l'invasion de l'exanthème. Elle est assez ordinairement précédée et accompagnée, dans son développement, d'un état fébrile, de la sécheresse de la langue avec soif, et céphalalgie par suite de la congestion du cerveau. Ce sont le plus souvent la face et les extrémités supérieures qui sont le siége de l'œdème, circonstance commune avec les hydropisies par néphrite albumineuse. Plus rarement le gonflement débute par les extrémités inférieures, et alors il commence par être périmalléolaire, et augmente le soir, à la suite de stations plus ou moins prolon-

gées. Les urines sont rares, rouges, sédimenteuses, ce qui, au dire de Copland, annonce l'apparition prochaine de l'anasarque. Ceci est loin d'être toujours vrai; et nous craignons que, négligeant de les filtrer, Wells et Hamilton n'aient vu de l'albuminurie là où il n'y avait qu'amalgame d'acide urique avec des matières animales. Par la filtration on évite la présence de ces matières animales en suspension; et par une grande addition d'acide azotique, les urines, d'abord troubles, s'éclaircissent quand elles ne contiennent pas d'albumine.

Quoi qu'il en soit, bientôt l'infiltration gagne; quelquefois une collection se fait dans les cavités des séreuses, le péritoine, les plèvres, l'arachnoïde; et le danger augmente. Les épanchements thoraciques donnent lieu à la dyspnée, ceux de l'arachnoïde aux phénomènes de compression du cerveau. La dyspnée peut être accrue encore par l'infiltration séreuse du tissu pulmonaire, par un véritable œdème qui peut passer à la subphlegmasie et augmenter la série des accidents. On a généralement avancé que la convalescence de cette anasarque est lente, ce qui est vrai; et qu'elle commence du douzième au quatorzième jour de son apparition, ce qui est, pour le moins, inexact. Rien de plus variable, en effet, que la marche de cette leucophlegmasie.

La suffusion séreuse ne siége-t-elle que dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui est le plus rare, elle annonce alors un trouble peu profond et peu durable dans le sang comme dans le tissu des reins : une médication bien entendue peut en faire alors promptement justice. Mais quand à l'infiltration du tissu cellulaire se joignent des épanchements dans les diverses cavités séreuses, alors non-seulement la gravité est augmentée, mais la durée est bien autre. Un tel ensemble d'épiphénomènes indique une cause puissante dans son action. Le pronostic varie donc suivant l'apparition des diverses complications.

L'épanchement séreux du péritoine se reconnaît au développement des parois abdominales, à la percussion qui donne de la matité dans les parties déclives à mesure qu'on déplace le malade, et la sensation d'une colonne de liquide. Une diarrhée séreuse et comme critique l'accompagne souvent. — Les épanchements pleuraux se diagnostiquent avec précision par la

matité fournie à la percussion, l'absence ou l'affaiblissement de l'expansion vésiculaire partout où existe du liquide, le plus grand développement du côté affecté et que l'on précise avec la mensuration, etc. Il est plus difficile de reconnaître l'épanchement sous-arachnoïdien : ce sont la céphalalgie, du malaise, des vomissements qui mettent sur sa voie; si à ces signes se joignent la dilatation des pupilles, des convulsions, du strabisme et surtout quelque paralysie, on aura la certitude de cette complication.

L'épanchement dans le péricarde se joint parfois aussi à l'anasarque. Ici, c'est une matité précordiale, quelquefois avec voussure des parois costales correspondantes, l'éloignement des bruits du cœur devenus plus profonds et moins appréciables, l'irrégularité de ses battements et celle du pouls avec sa petitesse, la tendance aux lipothymies, etc., qui éclairent le médecin sur cette complication.

La réunion d'autant d'accidents est plus que capable d'entraîner promptement une terminaison funeste; cependant c'est dans les anasarques consécutives aux exanthèmes cutanés qu'ils apparaissent plus souvent, tous ou partie, et qu'ils se dissipent le plus facilement avec l'anasarque elle-même. C'est que ces divers épanchements tiennent à la même cause que l'infiltration cellulaire, cause ordinairement peu tenace et curable, lors même qu'elle réside dans une néphrite albumineuse aiguë La rareté des urines, que quelques auteurs se sont complu à ranger parmi les complications, en est, au contraire, une certaine cause, enchaînée soit à l'hypérémie rénale, soit à l'altération du sang.

Il faut bien admettre encore au nombre des complications certaines intumescences du foie. Mais pour nous, la plupart d'entre elles existaient avant l'affection exanthématique.

Quand l'anasarque succède aux exanthèmes chroniques de la peau, elle ne présente jamais ou presque jamais le tableau de cet enchaînement successif d'épiphénomènes, dont nous venons de tracer brièvement l'histoire. Cette corrélation, cet enchaînement est propre à celles qui succèdent aux exanthèmes aigus, et surtout à la scarlatine.

Aussi devons-nous faire observer que dans le premier cas la suffusion séreuse est de courte durée et facilement curable. Celle qui surgit après l'érysipèle, la miliaire, l'urticaire, la variole,

se trouve encore dans des conditions aussi favorables; tandis que celle qui succède à la scarlatine est généralement plus grave, à cause des désordres plus profonds qui lui donnent naissance.

Traitement. S'agit-il d'anasarque apparue à la suite d'exanthème chronique, alors que les urines ne sont pas albumineuses, et que rien ne peut faire croire à une altération des reins ou du sang, ce qui est rare? Il faut chercher à rétablir la libre fonction de la peau au moyen de frictions sèches ou alcooliques, de bains de vapeur, de bains de sable chaud, etc.; réparer les forces épuisées des malades par une alimentation substantielle et tonique; puis on cherchera à surexciter les diverses voies d'excrétion les plus propres à éliminer au dehors le liquide épanché.

Mais si la suffusion séreuse est la suite d'un exanthème aigu, les choses changent de face. Nous avons dit que l'urticaire, la miliaire et même l'érysipèle donnaient lieu peu fréquemment à l'anasarque; dans le cas contraire, il faut moins accuser l'éruption cutanée que l'altération du sang ou des reins, altération concomitante ou antérieure, et on ne se comporte pas autrement que pour les anasarques suite de scarlatine. Il y a ici néphrite albumineuse aiguë, avec altération consécutive du sang, ou bien altération du sang sans celle des reins. Dans le premier cas, combattre d'abord l'altération rénale, puis remédier aux désordres du sang; dans le second, remplir la deuxième indication, puis s'adresser aux complications en même temps qu'on cherche à provoquer la résorption du liquide épanché: telle est la conduite à tenir.

M. Rayer a tracé, d'une main habile et en praticien consommé, le traitement de la néphrite aiguë. Si des douleurs de reins, des urines sanglantes et albumineuses, des vomissements, un état fébrile, mettent sur la voie de cette affection, les saignées générales et locales, répétées suivant les forces et la constitution du sujet, devront préluder au traitement. Des exutoires, propres à modifier les organes sécréteurs de l'urine, devront être placés aux lombes: vésicatoires d'abord, puis cautères potentiels. La surface intestinale doit être mise à contribution en même temps, pour exercer une large révulsion. Dans cette intention, on em-

ploie les purgatifs sous différentes formes; puis viennent, comme dernière ressource, les diurétiques et les diaphorétiques, pour l'élimination du liquide; mais, dès que les forces du malade le permettent, une alimentation réparatrice doit être donnée, et l'hygiène doit fournir son contingent au traitement. L'aération, une insolation convenable, sont de première nécessité. Une température douce, des appartements bien aérés et bien éclairés, les promenades à l'air libre et sous un beau ciel, tels sont les soins indispensables. Après avoir procédé avec ordre, il faut aussi mener de front le traitement des complications.

L'épanchement sous-arachnoïdien est peut-être, de tous, le plus terrible. La révulsion intestinale soutenue a une puissante action sur cet épanchement; elle devra durer d'autant plus, que l'épanchement est plus tenace. Les vésicatoires répétés à la nuque, aux tempes, en calotte sur la tête préalablement rasée, favorisent puissamment sa résorption. Les cautères ne nous paraissent pas fort utiles, car leur effet est long à se faire attendre. Or, comme cet épanchement est lié à une cause qui pèse sur tous les tissus séreux, et ne procède point d'une altération locale; comme, quand il n'a pas suscité d'accidents funestes, sa tendance est une résorption aussi prompte que la disparition de la cause, il est susceptible d'être facilement vaincu par nos premiers moyens indiqués.

Contre l'œdème pulmonaire s'adressent les préparations antimoniales, l'oxymel scillitique. Les vésicatoires à la région précordiale, les diverses préparations de digitale, doivent surtout être mis à contribution contre l'épanchement péricardique. Définitivement, tous ces épanchements multiples, quand ils n'occasionnent pas de désordres fonctionnels sérieux, cèdent sous l'influence du traitement dirigé contre l'anasarque.

B. *Anasarque par maladie de Bright.*—C'est celle de toutes les anasarques qui revient le plus naturellement à la classe de celles par altérations des solides et du sang; en effet, c'est chez elle que cette double altération est le mieux démontrée.

Anatomie pathologique. Cotugno paraît être le premier qui ait constaté expérimentalement la présence de l'albumine dans les urines de certains hydropiques; il attribuait ce phénomène

au passage du liquide des hydropisies par les voies urinaires. Il est facile de voir la fausseté de cet aperçu en tant que fait généralisé, tandis que c'est parfaitement démontré dans quelques cas exceptionnels, dont nous avons cité nous-même deux exemples frappants (p. 160-184).

C'est à Cruickshank que revient l'honneur d'avoir fait servir l'albuminurie comme point distinctif d'une classe d'hydropisies; plus tard, Wells et Blackall soutinrent la même distinction, et les hydropisies à urines albumineuses formaient déjà une classe à part, sans qu'on sût les rattacher à une lésion spéciale des reins, que ces derniers auteurs avaient entrevue sans la définir. Alison, professeur de clinique à Édimbourg, annonça dans ses leçons orales (en 1823) qu'il avait rencontré les reins durs et mamelonnés dans de semblables cas. Tel était l'état de la science à ce sujet, lorsque Bright publia son travail sur les maladies des reins avec urines coagulables. Après avoir mentionné l'influence des maladies du foie, du cœur, des veines et des gros vaisseaux sur l'apparition des hydropisies, il annonça positivement que celles-ci ont encore une autre source dans des altérations particulières des reins, et ajouta que toutes les fois qu'elles tenaient de cette cause il avait trouvé les urines plus ou moins albumineuses. Il donna sommairement l'histoire de la néphrite albumineuse aiguë et chronique; puis, plus tard, quand il traça les altérations rénales qui produisent l'hydropisie, il perdit de vue les caractères anatomiques de la première, dont il avait observé judicieusement la symptomatologie et la marche. Voici les trois variétés d'altérations rénales, sinon les trois formes séparées, que cet auteur donne comme accompagnées toujours d'urine albumineuse (1).

« Dans la première, dit-il, il pourrait exister un état de dégénérescence, lequel, d'après son apparence, serait considéré comme n'exprimant guère qu'une simple débilité de l'organe. Le rein perd sa consistance ordinaire; il devient bigarré de jaune au dehors, et quand on le coupe, on voit à peu près la même coloration jaune, avec une légère teinte grise, pénétrer

(1) *Journal des progrès des sciences médicales*. Paris, 1828, t. XI, p. 268 et suivantes.

toute la substance corticale ; les portions tubuleuses sont d'une couleur plus vive qu'à l'ordinaire. Le volume du rein n'est pas notablement changé, et on n'y découvre aucun dépôt morbide apparent. Cet état de l'organe est quelquefois lié à une condition cachectique du corps, accompagné d'affection chronique, sans qu'aucun épanchement se soit opéré dans le tissu cellulaire ou dans les cavités. Je l'ai trouvé dans un cas de diarrhée et de phthisie, et dans un cas de tumeur ovarienne. Dans le premier cas, il était joint à une légère et presque douteuse coagulation de l'urine par la chaleur; dans le second cas, j'avais omis d'examiner l'état de l'urine. J'ai aussi rencontré presque la même condition du rein avec quelques dépôts opaques, jaunes, disséminés au milieu du tissu de l'organe, dans le cas d'un homme qui mourut épuisé par une diarrhée, résultat de misères endurées et de l'intempérance. Chez cet homme, la sécrétion de l'urine était très-réduite, mais je n'eus pas l'occasion de m'assurer si ce liquide était coagulable ou non. Quand cette affection a atteint son point extrême, elle paraît finir par produire une altération plus décidée de structure; quelques portions des reins deviennent consistantes, de manière à n'admettre qu'une circulation très-partielle. Dans cet état, la surface avait pris une apparence un peu tuberculeuse, à élévations peu sensibles, qui étaient plus pâles que le reste, et qui recevaient à peine quelques portions des injections poussées par les artères. Dans cet état plus avancé, si c'est la même maladie, l'hydropisie a existé et l'urine a été coagulable.

« Dans la seconde forme ou variété, toute la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il parait s'être formé, dans les interstices, un dépôt abondant d'une substance blanche, opaque. Dans ce degré, le moins avancé, quand la tunique est enlevée, on aperçoit seulement une augmentation du pointillé fin que présente le rein à l'état normal : ou, dans d'autres circonstances, il semble qu'un sable fin a été jeté, en plus grande quantité, sur certaines parties que sur d'autres; une section longitudinale fait découvrir une légère apparence de la même espèce à l'intérieur. La maladie ayant continué pendant quelque temps, la matière déposée devient plus abondante, et on la voit en taches innombrables de formes non définies, répandues sur

toute la surface. Si on coupe les reins, on trouve que ces taches sont distribuées plus ou moins régulièrement sur toute la substance corticale; elles n'offrent plus une apparence douteuse, mais elles sont très-manifestes à l'œil sans aucune préparation. Dans d'autres cas moins avancés, une macération dans de l'eau de fontaine est nécessaire pour les rendre plus évidentes. Quand cette maladie a duré pendant un temps considérable, la texture granuleuse commence à se montrer au dehors, sous forme de nombreuses élévations légères, inégales, qui se dessinent sur la surface du rein; de sorte que l'altération est reconnue sans peine, même avant que la tunique ne soit enlevée. Le rein, généralement, est plus volumineux qu'à l'ordinaire; quelquefois il est très-augmenté de volume; mais d'autres fois il est peu au-dessus des dimensions naturelles. J'ai vu le rein s'approcher beaucoup de l'apparence tuberculeuse, observée dans un degré avancé de la première forme; mais on peut alors se convaincre par la seule inspection, et mieux par la macération, que tout cela est formé de petits dépôts opaques; cet état du rein, où l'urine est très-coagulable, peut exister sans aucune trace d'anasarque.

« La troisième forme est celle où le rein est rude et tout à fait raboteux au toucher; on y voit souvent se dessiner de nombreuses élévations n'excédant guère la tête d'une grosse épingle, jaunes, rouges, et pourpres; la forme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; il est dur au toucher; quand on le coupe, il résiste beaucoup au couteau et approche de la consistance demi-cartilagineuse; on observe que les tubuli sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une contraction, et le dépôt interstitiel parait moins abondant que dans la dernière variété. Dans la plupart des cas, l'urine a été très-coagulable par la chaleur, formant parfois un large dépôt granuleux.

« Outre ces trois formes de maladie, qui passent presque les unes dans les autres, et qui sont ordinairement accompagnées d'une urine positivement coagulable, il y a d'autres altérations des reins où le coagulum s'observe quelquefois, mais dans un degré très-secondaire, la coagulabilité qui s'observe un jour disparaissant complétement un autre jour. »

Telle était l'histoire des lésions du rein pour ce genre d'ana-

sarque, sous l'imposante autorité de Bright; mais le docteur Bostock, auquel celui-ci s'adressa pour l'analyse des urines, à cause de sa grande réputation en ce genre, trouva dans ce liquide des altérations telles, qu'elles lui firent conclure le premier, que la sécrétion urinaire pouvait être précédée ou suivie de quelque altération du sang. Elliotson sembla pencher vers la même opinion, en reconnaissant qu'il peut y avoir albuminurie sans altération organique des reins, dans quelques cas. Bostock constata que dans ces urines la quantité d'albumine était généralement considérable (quoiqu'elle offrît des variations suivant les cas), que la proportion des sels et de l'urée était diminuée, et que la pesanteur spécifique de l'urine était presque toujours moindre que celle de l'urine saine, fait désormais parfaitement démontré par les recherches de M. Becquerel. Il pensa, ainsi que M. Prout, que l'albumine de l'urine offrait quelque chose de particulier et n'avait pas tout à fait les mêmes caractères que celle du sang.

En analysant le sang des mêmes malades, Bostock constata la diminution de la pesanteur spécifique du sérum devenu plus aqueux, et découvrit que le sang contenait une matière présentant les caractères principaux de l'urée, reconnue, plus tard, par Christison, pour l'urée elle-même; on voit que l'anémie albuminurique concomitante ou consécutive était presque déjà mise à jour par ces travaux.

Valentin a soumis, dans plusieurs cas, à l'examen microscopique les altérations des reins. Examinant les reins d'un enfant dont la surface offrait des taches d'un gris cendré, disséminées au milieu de la substance corticale, colorées en jaune, il dit : « Les canaux droits (conduits urinifères) de la substance tubuleuse étaient vides ou ne contenaient qu'une petite quantité d'une substance liquide; les conduits flexueux de la substance corticale étaient presque entièrement remplis par une matière d'un jaune grisâtre, qui les injectait en quelque sorte et les rendait très-visibles. Si l'on examinait une couche très-mince de cette substance corticale, avec un grossissement un peu fort et une vive lumière, on reconnaissait les belles circonvolutions des conduits urinifères; leur diamètre, dans la substance corticale, était de 0,003.500 de pouce, et dans la sub-

stance tubuleuse de 0,005.400 de pouce. Dans les circonvolutions des canaux, non plus que dans la substance qui les séparait, on ne voyait rien d'anormal. Un des reins fut injecté très-finement; mais la distribution, non plus que le diamètre des vaisseaux sanguins ni les corpuscules de Malpighi n'offraient le moindre changement; la substance jaune grisâtre qui remplissait les conduits urinifères flexueux était composée de particules granulées, irrégulières, de volume variable, de petits corps moléculaires et de globules jaunes de forme ronde. Les canaux urinifères droits contenaient les mêmes éléments, seulement en quantité beaucoup moins grande, et dans l'épididyme il n'existait presque que des globules granulés. »

Plus loin, Valentin ajoute : « Si je ne me trompe, il résulte que, dans ces cas, les reins ne sont que le réceptacle de l'urine modifiée dans sa composition, que ce n'est qu'à l'œil nu qu'ils peuvent sembler altérés, et que c'est dans le sang même qu'il faut aller chercher désormais la cause de la modification éprouvée par le liquide sécrété. Ne sait-on pas de la manière la plus positive que l'urée se sécrète ailleurs que dans le rein? »

Ce n'est pas le seul auteur qui, quoique trouvant dans le rein la lésion anatomique, ait voulu rattacher l'albuminurie et l'anasarque à une altération plus générale, celle du sang, à laquelle se lierait la lésion rénale elle-même. Elliotson, comme nous l'avons dit, penchait hardiment vers cette manière de voir; Graves, J. Copland, Darwal et tant d'autres ont été de cet avis. Le dernier cite même un cas auquel il n'y a rien à répliquer : c'est une hydropisie avec urine coagulable, dans laquelle on avait observé, après l'administration du sulfate de quinine, une grande diminution de l'albumine pendant plusieurs jours. Après la mort, les reins furent trouvés parfaitement sains, à l'exception de la substance corticale qui, était plus pâle qu'à l'ordinaire. Elliotson reconnaît bien que l'hydropisie peut être la conséquence des lésions organiques rénales; mais de ce que les urines sont albumineuses, il ne veut pas qu'on conclue que le rein est dans un état de maladie organique : car, dit-il, j'ai vu tant de personnes hydropiques, qui avaient l'urine albumineuse, revenir à un état de santé parfaite, que je ne puis supposer que le rein était organiquement affecté. Je ne puis admettre non plus qu'il exis-

tait dans ces cas un état d'inflammation ou de congestion du rein, parce que je n'observai pas les signes de cette affection (1).

Depuis les médecins anglais, plusieurs pathologistes français se sont occupés des altérations rénales dans la maladie de Bright. En tête de ces pathologistes, se place M. Rayer, qui, dès 1830, soumettait à une observation rigoureuse les données de Bright. Cet auteur trace d'une main hardie six formes d'altérations du rein, dont il caractérise la nature par l'expression de néphrite albumineuse. Voici comment il s'exprime (2) :

« Les altérations des reins dans la néphrite albumineuse peuvent être rattachées à six formes principales; les deux premières appartiennent à la néphrite albumineuse aiguë, les dernières à la néphrite albumineuse chronique. Toutefois elles peuvent se trouver réunies ou mélangées dans un cas particulier, lorsque la maladie a attaqué, à des époques plus ou moins éloignées et successivement, diverses portions des deux reins. Jamais je n'ai vu la maladie n'attaquer qu'un seul rein; mais quelquefois, surtout dans la forme chronique, les deux reins sont inégalement affectés.

« *Première forme.* Le volume du rein est augmenté : chez l'adulte le poids peut s'élever, pour chacun d'eux, à 8 et même à 12 onces au lieu de 4, leur poids moyen; leur consistance est assez ferme sans doute, à peu près comme celle des reins gonflés par une injection aqueuse. La surface, d'un rouge morbide plus ou moins vif, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges, plus foncés que la teinte générale de l'organe; à la coupe, on reconnaît que l'augmentation du volume du rein est due au gonflement de la substance corticale; intérieurement, cette substance présente beaucoup de petits points rouges semblables à ceux que l'on observe extérieurement, et qui, d'après nos recherches, correspondent aux glandules de Malpighi, fortement injectées de sang. La substance tubulèuse, comprimée entre les prolongements tuméfiés de la substance corticale qui s'étend entre les cônes, est d'un rouge plus mat, et

(1) Elliotson, *Reports of cases*, etc., *London Medical Gazette*, vol. VII, p. 315

(2) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 99 et suiv.

ses stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations moléculaires. On observe rarement ce premier état de la néphrite albumineuse, la mort arrivant, en général, à une époque plus avancée de la maladie. Cette altération doit être distinguée des hypérémies de ces organes qu'on observe quelquefois dans les maladies du cœur, et des néphrites simples dans lesquelles le rein est rouge et plus dur, et présente toujours quelques points purulents.

« *Deuxième forme.* Le volume et le poids des reins sont augmentés comme dans la forme précédente, la consistance des reins est un peu moins ferme, les lobules souvent moins prononcés que dans l'état sain. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie remarquables ; un aspect marbré de la surface des reins, produit par des taches rouges, disséminées sur un fond blanc jaunâtre à la coupe. La substance corticale, gonflée, offre une teinte pâle jaunâtre, tachetée de rouge, et se détache fortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vif.

« *Troisième forme.* Le volume et le poids des reins sont augmentés, comme dans la forme précédente; mais on ne remarque plus ni taches rouges, ni marbrures; la substance corticale, à la surface du rein et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points de ces reins décolorés, on remarque de petits vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches arborisées ou brunes, ou de grosses granulations blanches, provenant d'un ancien dépôt de lymphe plastique, ou des dépressions; on observe souvent des endurcissements rouges des mamelons de la substance tubuleuse, et un léger épaississement de la membrane muqueuse des bassinets et des calices, dont les vaisseaux sont quelquefois injectés. Ces lésions ne sont point caractéristiques et se voient aussi dans la néphrite ordinaire.

« *Quatrième forme.* Elle a été désignée par M. Bright sous le nom de texture granulée des reins. Comme dans les formes précédentes, les reins sont plus volumineux et plus pesants que dans l'état sain; leur surface extérieure, le plus souvent d'un

jaune pâle, est parsemée et quelquefois recouverte de petites taches d'un blanc laiteux un peu jaunâtre, de la dimension, en surface, de la tête d'une très-petite épingle, souvent allongées et ressemblant assez bien à de légers grumeaux de petit-lait qui seraient répandus irrégulièrement en plus ou moins grand nombre à la surface du rein. En général, les granulations sont plus nombreuses et plus apparentes sur les extrémités des reins; toutes sont voilées par une lame extrêmement mince à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vrai vernis. La surface des reins est parfaitement lisse, d'un blanc laiteux; les granulations de M. Bright se retrouvent dans l'épaisseur de la substance corticale.

« Lorsqu'on divise les reins de leur bord convexe vers leur scissure, cette substance offre, comme dans la seconde et troisième forme, une teinte générale, pâle et jaunâtre, qui contraste fortement avec la couleur rouge de la substance tubuleuse. La substance corticale, gonflée, occupe un espace plus considérable que dans l'état sain, surtout dans les prolongements entre les cônes. Les petits points, d'un blanc laiteux (granulations de Bright), au lieu d'être plus ou moins arrondis et séparés les uns des autres, comme cela a lieu le plus ordinairement à la surface extérieure du rein, apparaissent sous la forme de lignes irrégulières, comme floconneuses, qui semblent se continuer avec les stries divergentes des cônes tubuleux. Lorsque la coupe est bien faite dans la direction des stries de la substance tubuleuse, cette disposition est très-apparente, surtout à la périphérie du rein et à la base des cônes, où l'altération granuleuse est, en général, plus fortement dessinée. Quelquefois on observe peu ou point de granulations dans l'épaisseur de la substance corticale, tandis qu'elles sont assez nombreuses à la surface; dans d'autres cas, au contraire, l'altération granuleuse envahit toute la profondeur de cette substance, et jusqu'aux petits prolongements qui pénètrent dans la base des cônes tubuleux, dont les stries sont refoulées et affaissées sur les côtés, à peu près comme les extrémités flottantes d'une gerbe de blé.

« Quand on fait macérer dans l'eau, pendant quelque temps, un rein offrant des granulations de Bright, elles deviennent plus apparentes. Leur teinte, d'un blanc mat, se détache

plus nettement de la substance corticale qui les entoure.

« Deux reins d'enfant mort d'hydropisie, avec urine albumineuse, m'ont offert des granulations plus volumineuses, plus régulièrement arrondies que celles que l'on observe ordinairement.

« *Cinquième forme.* Plus rare que les précédentes, elle est, comme elles, accompagnée, pendant la vie, d'hydropisie. Les reins sont également plus volumineux, plus pesants, et ont leurs lobules plus marqués que dans l'état sain. Je ne puis donner une image plus exacte de l'aspect particulier qu'ils présentent qu'en disant qu'il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. Ces petits grains, bien distincts des sables jaunes qu'on observe quelquefois dans la substance corticale, le sont aussi des petites granulations de lymphe plastique qu'on rencontre accidentellement dans cette espèce de néphrite et dans quelques autres.

« *Sixième forme.* Elle paraît correspondre à la troisième variété décrite par Bright; les reins, quelquefois plus volumineux ou plus petits qu'à l'état sain, sont durs et présentent des inégalités ou des mamelons à leur surface. On distingue peu ou point de taches laiteuses (granulations de Bright); mais à la coupe, on en découvre presque toujours un certain nombre dans l'épaisseur de la substance corticale. J'ai même vu un rein dans un état d'induration, et bizarrement déformé, présenter à la surface un grand nombre de granulations de Bright. Cependant, dans des cas tout à fait analogues, observés chez des individus qui étaient morts plusieurs mois ou plusieurs années même après la première attaque de néphrite albumineuse, j'ai vainement cherché, sur ces reins indurés, rugueux ou mamelonnés, de véritables granulations de Bright; car il ne faut pas donner ce nom aux petits mamelons ou aux petites aspérités dont la surface du rein est ordinairement parsemée. Le plus souvent, ils sont décolorés d'une manière générale ou partielle; et ils offrent quelquefois, sous le rapport anatomique, une telle ressemblance avec les reins altérés par la néphrite simple chronique, que la distinction de tels cas serait impossible si on ne tenait compte de phénomènes observés pendant la vie.

« Dans cette période avancée de la maladie, les membranes extérieures des reins sont presque toujours épaissies, au moins en

plusieurs points, et très-adhérentes à la surface de ces organes. »

Les trois variétés de lésions rénales décrites par Bright correspondent aux troisième, quatrième et sixième de M. Rayer. M. Martin Solon a adopté les divisions de M. Rayer ; il a seulement réuni en une seule la quatrième et la cinquième forme. Christison a admis une forme de plus que M. Rayer ; mais la septième paraît, suivant cet auteur, tout à fait étrangère à la maladie.

M. Rayer rattacha, les uns aux autres, trois faits pathologiques dans la maladie de Bright : urines albumineuses, hydropisie, altérations rénales ; et il crut démontrer rigoureusement cet enchaînement. Ceux qui ont traité la même question après le médecin de la Charité n'ont rien ajouté aux notions par lui établies sur l'anatomie pathologique ; tels sont MM. Tissot, Sabattier, Monassot, Guersant, Constant et Desir. Mais quelques-uns d'entre eux ont ajouté à la question de l'albuminurie, en tant que symptôme, et ont étudié des faits assez remarquables qui permettent de bien déterminer la part qui en revient à l'altération des reins. C'est ainsi que M. Tissot, dans sa thèse soutenue en 1833 (1), signala un caractère particulier dans les urines, celui de former, par l'insufflation, de grosses bulles persistantes analogues aux bulles de savon. Tout en reconnaissant la valeur des urines albumineuses comme signe de la maladie de Bright, il indiqua plusieurs maladies dans lesquelles l'urine est plus ou moins albumineuse : l'hématurie, le cancer des reins, la cystite, les tubercules des reins, l'hydronéphrose, etc. Il cita, entre autres, un cas de néphrite albumineuse dans lequel la maladie n'était point accompagnée d'hydropisie, ce qui signifiait qu'elle n'avait point encore donné lieu à l'anémie albuminurique : cette opinion, que M. Sabattier pencha à admettre plus tard, en disant que l'hydropisie arrive par la déperdition de l'albumine du sang, est mise hors de doute aujourd'hui par les analyses de ce liquide.

M. Desir signala également plusieurs maladies aiguës ou chroniques dans lesquelles l'urine peut être plus ou moins coagulable (2), et M. Becquerel confirma, plus tard, ces mêmes aperçus (3).

(1) Tissot, *Dissert. inaugurale*. Paris, 1833, n° 223.
(2) Desir, *Dissert. inaugur.*, 1835, n° 364.
(3) Becquerel, *Recherches sur les urines*. Paris, 1840.

D'autres médecins sont venus ensuite apporter de nouveaux cas de ce genre ; on sait que, dans la grossesse particulièrement, les urines deviennent albumineuses et sont suivies assez souvent d'anasarque, comme nous l'avons dit ailleurs, sans altération spéciale des reins. Nos expérimentations sur les urines ont un cachet irréprochable, en ce que pendant dix-huit mois nous avons examiné, tous les jours, les urines de tous les malades confiés à nos soins et que nous les avons soumises à tous les procédés d'analyse. Voici ce que nous écrivions, le 15 janvier 1850, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Après avoir annoncé que, dans l'espace d'un an environ, nous avions remarqué soixante-cinq cas d'albuminurie, nous ajoutions :

« Il convient d'établir tout d'abord une distinction rigoureuse dans ce nombre, en apparence si considérable. Il est une albuminurie peu intense, passagère ou plus ou moins durable, qui semble tenir à un effort critique de la nature dans quelques cas, et dans d'autres paraît résulter d'un trouble profond de l'organisme. Sur soixante-quinze cas de pneumonie, nous avons observé vingt-sept fois cette albuminurie, et presque toujours dans la période de décroissance. Après la pneumonie, nous avons observé l'albuminurie de même nature, 1° dans trois cas de péritonite aiguë ; 2° dans cinq cas de bronchite capillaire ; 3° dans quatre cas d'érysipèle très-étendu de la face, du cuir chevelu ou autres ; 4° trois fois dans des fièvres d'accès après un accès très-intense et très-long, presque pernicieux ; 5° dans un tic douloureux consécutif à une affection cérébrale que nous avons cru être une cérébrite, d'après le commémoratif ; 6° deux fois dans des péricardites intenses ; 7° une fois dans une hydropéricarde avec anasarque consécutive (l'albuminurie dura cinq jours, temps que mit l'anasarque à s'épuiser) ; 8° deux fois dans des pleurésies aiguës avec épanchement ; 9° deux fois dans des méningites cérébro-spinales ; 10° deux fois dans la pourriture d'hôpital, frappant des vésicatoires existant depuis plusieurs jours, et sans qu'il y eût trace d'albumine dans les urines : ici, l'albuminurie a duré jusqu'à la mort, se prolongeant neuf jours dans un cas, et vingt-sept dans l'autre. Dans ces cas, elle apparut le septième et le neuvième jour de l'application des vésicatoires, et coïncida avec l'avénement de la pourriture d'hôpital. Les reins étaient

anémiés, sans altération de texture; 11° enfin, dans cinq cas de fièvre typhoïde, au moment où existait dans son summum la pneumonie hypostatique, si fréquente dans cette maladie. De ces cinq cas, quatre se sont terminés par la mort, et l'albuminurie a persisté jusqu'à la fin. Les reins étaient plus ou moins hypérémiés ; une fois, leur tissu paraissait un peu ramolli, jamais ils n'étaient le siége de déformation ni de granulations, même après les avoir soumis à l'ébullition. Sur nos soixante-cinq cas d'albuminurie, il n'en est que cinq que nous puissions rattacher à la maladie de Bright ; de ces cinq cas, deux ont été relatés dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 108, etc. »

Depuis que nous avons écrit ces lignes, nous avons rencontré bien fréquemment encore l'albuminurie plus ou moins passagère, comme on a pu s'en apercevoir dans les chapitres précédents. Mais nous devons faire observer que, relativement aux pneumomies, nous l'avons signalée bien moins fréquemment en 1850 qu'en 1849. Il est probable qu'en 1849 l'influence cholérique, se faisant ressentir même sur des malades qui n'étaient pas atteints de choléra, ne restait pas étrangère à ce fait, devenu frappant pour nous comme pour bien d'autres. On sait, du reste, que presque tous les cholériques présentaient une albuminurie intense; et, sous ce rapport, nous avons pu confirmer nous-même les données de M. le professeur Lévy (1) et de M. Rostan. Le premier de ces deux savants avait signalé d'abord cet important phénomène à l'attention publique.

Un des cas les plus remarquables d'albuminurie que nous ayons rencontré sans altération des reins est le suivant :

XIVe OBSERVATION.—ALBUMINURIE DURANT UN MOIS SANS ALTÉRATION DES REINS A L'AUTOPSIE.

Un jeune militaire, Cassan, du 23e de ligne, atteint de pyothorax, par suite de violences extérieures éprouvées deux ans auparavant, eut, le 20 juin 1849, une violente quinte de toux à la suite de laquelle il rendit, par régurgitation, environ un litre de pus sans odeur. La collection pleurale s'était fait jour à travers une bronche ; elle pouvait se vider au dehors. Ce malade résista

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIV, p. 671.

un mois et demi, rendant tous les jours une quantité considérable de pus, et en proie à une fièvre hectique qui le minait. Dans le dernier mois, les urines devinrent fortement albumineuses, et conservèrent ce caractère jusqu'à la mort. En même temps, la face, les extrémités supérieures et inférieures s'infiltrèrent, l'anasarque progressa rapidement et dura également jusqu'au décès. A l'autopsie, on rencontra, à la moitié supérieure antérieure gauche du thorax, une vaste poche en guise de kyste, tapissée de fausses membranes, divisant toute la partie antérieure de la cavité en deux portions, dont l'une, inférieure, occupée par la moitié du poumon en pleine expansion, et l'autre, supérieure, occupée par le kyste, qui refoulait postérieurement et latéralement l'autre moitié de l'organe.

Un trajet fistuleux, allant de ce kyste aux grosses bronches, traversait le poumon, et une algalie introduite par l'ouverture du kyste venait sortir directement par la bouche. La poche ne contenait plus qu'environ deux onces de pus. Le sternum était carié en trois points différents avec perte de substance, au sommet, à la partie moyenne, et à la partie latérale gauche. Les deuxième, sixième et septième côtes avaient leur extrémité sternale cariée ; elles se trouvaient détachées du sternum.

On ne rencontra ni lésion organique, ni obturation veineuse, qui pût expliquer l'anasarque. Les reins avaient leur volume normal. La capsule surrénale était infiltrée de sérum. La substance corticale était uniformement pâle, mais sans granulations à la coupe, sans apparence de piqueté jaunâtre, ou d'autres taches à la surface. Elle avait enfin son aspect naturel, moins la coloration. La substance tubuleuse était d'un teint rosé, et tranchait, par cette coloration, avec la substance corticale. Elle était, du reste, consistante et ferme comme à l'état normal, sans augmentation ni diminution dans son volume. La muqueuse des calices et des bassinets était également exsangue. Tel a été à peu près jusqu'aujourd'hui l'état de la science, par rapport aux lésions anatomiques, dans la maladie de Bright. Presque tous les auteurs, depuis la découverte du célèbre auteur anglais, ont rattaché les suffusions séreuses à ces lésions, reliant ensemble les trois phénomènes, lésions rénales, urines coagulables et suffusion séreuse. Le docteur Bostock est le premier qui ait peut-être en-

trevu la vérité, quand il a trouvé, sur les malades affectés de maladie de Bright, une altération de sang, et qu'il a déclaré que cette altération pouvait précéder ou suivre la lésion rénale.

Maintenant, après avoir soigneusement analysé tout ce qui a été écrit sur la matière dans ces derniers temps, et faisant application des résultats fournis par les analyses du sang encore dans l'enfance, voici ce qui appert : 1° Il peut exister une affection granuleuse des reins, même très-avancée, sans qu'il y ait hydropisie, de l'aveu même de M. Rayer et de ceux qui ont étudié plus spécialement la question ; 2° il peut exister des hydropisies avec urines albumineuses, sans qu'on retrouve dans les reins, à l'autopsie, l'une des altérations comprises dans les diverses formes déjà si multiples et si confuses qu'ont admises les auteurs, et ces hydropisies appartiennent à celles produites par une altération du sang; 3° dans la majorité des hydropisies avec urines coagulables, on rencontre sur les reins l'une des altérations décrites, ou plusieurs combinées ensemble. ; 4° enfin, dans ce dernier cas, l'hydropisie ne survient que quand, par l'albuminurie et le défaut de réparation, le sang ne contient plus la quantité d'albumine suffisante pour son état normal, ce que prouvent de la manière la plus directe les trois exemples avec analyse du sang que nous avons cités (p. 86 et suiv.), et quand, par l'obstacle que l'altération rénale apporte à la sécrétion urinaire, celle-ci est diminuée en proportion plus ou moins considérable.

Symptomatologie. Il faut étudier la symptomatologie suivant que l'anasarque résulte de la néphrite albumineuse aiguë ou de la néphrite albumineuse chronique.

1° Anasarque par néphrite albumineuse aiguë.

Quand une anasarque survient avec une certaine rapidité, que les urines rendues par le malade sont rares, sanglantes, rouges ou d'un brun foncé; quand ces urines, analysées par l'acide azotique ou la chaleur, donnent un précipité albumineux, de quantité variable, de couleur plus ou moins hématique, qu'elles sont acides, d'une pesanteur spécifique plus grande; quand, enfin, du rouge plus ou moins foncé elles passent au rosé ou à la couleur

citrine, on pourra déjà soupçonner que l'anasarque peut résulter de la néphrite albumineuse aiguë. Si le commémoratif fait rapporter le début de la maladie à un frisson suivi de chaleur à la peau, de soif, de fréquence dans le pouls avec dureté, ou, au moins, à un état fébrile prononcé, quoique le frisson initial ait manqué, la probabilité sera encore plus grande. Si, enfin, à tous ces symptômes se joignent des troubles du côté du cerveau, du tube digestif, avec un sentiment de constriction, une douleur sourde, ou un malaise aux lombes, quelquefois plus marqué aux régions rénales, il y aura presque certitude de néphrite albumineuse aiguë. Il est bien vrai que beaucoup de ces symptômes peuvent se montrer dans la néphrite simple et dans la cystite calculeuse. Il est vrai aussi que cette douleur peut exister dans d'autres anasarques à cause de la distension du tissu cellulaire par la sérosité. Mais, en somme, toute anasarque procédant avec rapidité et présentant cette série de phénomènes ou les principaux d'entre eux, surtout ceux fournis par les urines, doit être rattachée logiquement à la lésion mixte des reins et du sang. Le cas ne serait que plus certain si, avec ce cortége de phénomènes, l'hydropisie arrivait après une scarlatine, une rougeole, etc.

Les seules anasarques qui pourraient être confondues avec celle-ci sont celles qui procèdent avec acuité, et sont accompagnées de phénomènes de réaction fébrile. De ce nombre sont celles qui succèdent à la polyémie, à la congestion active du tissu cellulaire; celles désignées autrefois par les épithètes de chaudes, fébriles; celles arrivant par répercussion, suppression brusque d'un flux normal ou anormal. Or, elles en diffèrent essentiellement en ce que les urines ne présentent pas le caractère fondamental de l'albuminurie. C'est donc là le signe le plus propre à les séparer des premières. Il est vrai qu'il peut cesser dans l'anasarque par néphrite albumineuse aiguë ; mais il se montre au moins dans quelques moments, et le médecin observateur ne laissera jamais échapper un si précieux phénomène. Après ce signe, les douleurs lombaires servent encore puissamment à éclairer le diagnostic; enfin, les troubles du cerveau et du tube digestif sont plutôt l'apanage de l'anasarque dont nous traitons, que de celles qui la simulent. Si l'on a cité des cas de néphrite albumineuse

sans anasarque (Grégory n'en rapporte pas moins de vingt exemples, et Christison encore davantage), c'est qu'alors l'altération rénale n'avait pas été suivie d'une albuminurie assez intense ou assez prolongée pour donner lieu à l'anémie.

Nous devons ajouter enfin que quelques anasarques qui présentent les signes principaux émis par M. Rayer, dans la néphrite albumineuse aiguë, ne nous paraissent pas découler de cette source : témoin cet exemple frappant arrivé à la suite d'une scarlatine, et que nous avons rapporté dans le chapitre précédent (page 184).

2° Anasarque par néphrite albumineuse chronique.

Le seul signe positif, pour le diagnostic de cette anasarque, est la coagulabilité de l'urine ; si on la traite par la chaleur, l'albumine coagulée se précipite et forme un dépôt qui est quelquefois le tiers, le quart de la masse urinaire. Ce dépôt gagne le fond du vase, par sa pesanteur spécifique ; il présente un aspect blanc laiteux ou neigeux. Quand on traite l'urine par l'acide nitrique, le précipité peut présenter une teinte verdâtre, brunâtre ou rosée, surtout quand, après l'addition de l'acide, on soumet le liquide à l'action du calorique. Le même effet a lieu quand, préalablement acidulée par l'acide acétique, on la traite au moyen du cyanure jaune de potassium et de fer.

Les urines des hydropiques par néphrite albumineuse chronique ont, à l'inverse de celles que l'on trouve à la suite de la néphrite albumineuse aiguë, une pesanteur spécifique moins considérable qu'à l'état normal ; tandis que leur poids spécifique est de 1025, il descend ici jusqu'à 1014. Nous avons, pour notre compte, examiné ces urines au microscope. Nous avons reconnu, deux fois sur trois, la présence de rares globules rouges de sang, déformés : deux, trois, quatre au plus dans le champ du microscope. La douleur rénale est ici un faible moyen de diagnostic, parce qu'elle manque dans beaucoup de cas.

La néphrite albumineuse chronique peut succéder à l'aiguë ; dans ce cas, les douleurs des reins sont plus fréquentes ; elle débute le plus souvent sous forme chronique : alors on a souvent

cherché en vain de la douleur dans la région rénale, il ne s'en révèle pas même à la pression ou à la percussion. M. Tissot dit l'avoir rencontrée dans un tiers des cas, jamais vive, variant pour le siége, aux lombes, à l'hypocondre droit, au haut du ventre, à la région épigastrique, etc. Ainsi comprise, nous l'avons rencontrée plus fréquemment que M. Tissot, cinq fois sur six : mais une seule fois elle siégeait aux reins. Nous ne croyons pas que celle qui existe ailleurs soit due à l'affection rénale : elle dépend, sans doute, des complications.

L'anasarque qui succède à la néphrite albumineuse chronique présente, dans son apparition et son développement, des phénomènes bizarres que l'on ne rencontre dans aucune autre, pas même dans celle par néphrite albumineuse aiguë. Si les extrémités inférieures peuvent être œdématiées les premières, la face et le cou ont fréquemment aussi ce privilége. La plupart du temps, il n'y a rien de régulier dans son développement. Un membre, primitivement infiltré, revient quelquefois à son état normal, et c'est son congénère ou un autre membre qui devient le siége de la suffusion séreuse. Il en est de même pour d'autres parties du corps. La face, au contraire, une fois infiltrée, reste le siége constant de cet épiphénomène. Un point œdématié peut-être longtemps stationnaire, sans que l'œdème s'étende ailleurs; d'autres fois, l'œdème disparaît après une apparition plus ou moins longue, et ne reparaît que quelque temps après, sur un point ou sur un autre. Nous aurons à citer l'observation curieuse d'un jeune postillon, qui présentait un œdème de tout le membre pelvien gauche, au point de simuler un œdème par obturation veineuse, si les urines n'avaient été fortement coagulables. Quand le membre se dégorgeait sous l'influence du traitement, c'était le membre opposé qui s'engorgeait, et ainsi de suite. La face devint bouffie un mois et demi après, puis les parois du ventre et les lombes s'infiltrèrent à leur tour. Enfin, tout le tissu cellulaire sous-cutané participa à la suffusion séreuse, qui finit par gagner les cavités péritonéale et pleurale.

L'infiltration n'acquiert jamais un grand développement au début, elle peut même rester longtemps à l'état rudimentaire; mais il n'est point vrai, comme on l'a écrit, qu'elle n'acquière

que très-rarement une grande étendue comme une grande intensité. Au contraire, après un temps impossible à déterminer, mais ordinairement long, la suffusion séreuse gagne partout, et les cavités des séreuses payent un large tribut à cette inondation de sérum.

Le début de cette anasarque s'effectue, le plus souvent, sans cause appréciable, comme sans trouble bien marqué, excepté du côté des urines; ce qui fait qu'elle peut exister longtemps sans exciter l'attention du malade et du médecin. Notre cher maître et ami, M. Lévy, nous a montré, en 1849, un infirmier qui, depuis plus de six mois, portait un œdème de la face, du cou et des extrémités inférieures sans s'en inquiéter. Il entra dans le service du savant professeur, qui reconnut immédiatement l'albuminurie, le traita quelque temps et améliora tellement sa position, que ce jeune militaire vaquait à son service sans la moindre trace d'œdème. Ses urines précipitaient cependant encore fortement de l'albumine, ce dont nous pûmes nous convaincre, un jour, que étant attaché à notre service, et voyant analyser les urines de nos malades, il nous pria d'examiner les siennes. L'analyse démontra qu'elles étaient encore très-albumineuses; et pourtant il n'y avait point d'infiltration. Un mois après, il rentrait dans le service de M. Lévy pour en sortir de nouveau, au bout de quelque temps, après disparition de l'anasarque. Enfin, dans une troisième entrée, il fut soumis à une proposition de réforme qu'il obtint : l'albuminurie persistait toujours, l'infiltration séreuse était très-peu développée.

Ainsi, par un traitement convenable, comme quelquefois par les seules ressources de la nature, l'infiltration se dissipe ; mais, hélas ! c'est le plus souvent pour revenir, et cela peut avoir lieu un nombre de fois successivement, parce que l'affection rénale résiste ou même progresse, quoique avec lenteur. Dans ces cas, la suffusion séreuse finit toujours par se généraliser, un moment ou l'autre, et se termine presque constamment d'une manière fatale.

Alors apparaissent des troubles qui ne font presque jamais défaut : ce sont des nausées, des vomissements, de la soif, avec fièvre, de l'amaigrissement et une prostration considérable ; l'affaissement de l'intelligence, la dyspnée, qui l'une et l'autre re-

connaissent pour cause l'imbibition du cerveau et des poumons par le sérum, viennent s'ajouter à tous ces signes graves, et la mort est l'aboutissant de cet état.

Dans les cas beaucoup moins graves, toute cette dernière série d'accidents fait défaut. Il est généralement assez impossible de préciser la date du début, quand la néphrite albumineuse chronique ne succède pas à l'aiguë; car alors, ainsi que nous l'avons dit, elle demeure quelquefois longtemps latente, et les malades n'attachent aucune importance aux légers œdèmes dont ils sont porteurs. Il est également impossible de déterminer la durée de cette anasarque, qui, suivant les complications, peut marcher promptement vers une terminaison fâcheuse, ou durer longtemps. Dans les cas les plus légers et exempts de toute complication, elle peut disparaître en quelques semaines. Il n'est pas rare alors de la voir céder complétement avec l'altération rénale, sous l'influence d'un érysipèle, ou de toute autre éruption ou affection susceptible de perturber profondément et spontanément l'organisme. On trouve deux beaux exemples semblables dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'un dans le numéro du 24 octobre 1850, et l'autre dans le numéro du 16 janvier 1851. Quand l'anasarque doit se terminer heureusement, les urines deviennent plus abondantes et leur quantité d'albumine diminue, les troubles du tube digestif disparaissent.

Diagnostic différentiel. Les anasarques qui pourraient être confondues avec celle-ci sont nombreuses. Telles sont toutes celles dites autrefois froides, chroniques, asthéniques, etc. Mais il existe un signe capital qui, dans beaucoup de cas, sinon dans tous, empêche toute confusion : c'est l'albuminurie. Ainsi l'albuminurie est propre à l'anasarque par néphrite albumineuse chronique. Il est vrai qu'on la rencontre dans beaucoup d'autres circonstances, et nous en avons parlé longuement. Il est vrai aussi que quelques anasarques, sans néphrite albumineuse, la présentent également, soit parce qu'il existe une de ces complications organiques qui lui donnent naissance, telles que le cancer, les calculs des voies urinaires, la néphrite et cystite purulentes (pour ne citer que les cas mis en avant par M. Monassot), soit parce qu'il existe une altération spéciale du sang. Ces derniers cas peuvent présenter une véritable difficulté dans le

diagnostic. Mais alors, en se reportant aux antécédents du malade, en appréciant l'influence antérieure de l'alimentation, de l'habitation, des occupations, des maladies subies, et faisant un examen rigoureux de la marche qu'a suivie la suffusion séreuse, on pourra presque logiquement arriver à une appréciation assez fondée.

Enfin disons, pour consolider le diagnostic, que si le sujet a été soumis pendant longtemps à un séjour humide et froid, s'il a eu l'habitude d'user immodérément des boissons alcooliques, on penchera avec une certaine assurance pour l'anasarque par néphrite albumineuse chronique. L'existence antérieure de fièvres intermittentes rebelles, prolongées, fera distinguer l'anasarque par cachexie paludéenne; la tuberculisation pulmonaire, la tuberculisation péritonéale, seront des signes précieux pour distinguer aussi les anasarques par cachexie tuberculeuse; la présence d'une ou plusieurs tumeurs cancéreuses sur quelques parties du corps décèlera l'origine de celles par cachexie cancéreuse.

Dans les anasarques par altération seule du sang (anémie albuminurique), il y a souvent, à la peau, quelques taches pourprées, résultat de suffusion sanguine sous-épidermique, qui peuvent servir à faire reconnaître sa nature et empêcher de la confondre avec celle par néphrite albumineuse chronique. Il est en outre un autre phénomène qui, quoique inconstant, peut servir à éclairer le diagnostic de ces deux affections si rapprochées. Dans celle qui résulte de la néphrite albumineuse chronique, il y a, plus fréquemment, et d'une manière plus durable que dans l'autre, des troubles profonds du côté du tube digestif; les vomituritions sont fréquentes, et la diarrhée devient quelquefois tenace. Les centres nerveux ont aussi, dans la première, une plus grande propension aux troubles; c'est tantôt un affaiblissement de l'intelligence, tantôt une diminution dans les facultés des sens, quelquefois de vraies paralysies d'un ou plusieurs membres. Qui ne se rappelle la question soulevée par M. Landouzy! Une première fois, en 1849, ce médecin présentait devant l'Académie des sciences, quelques cas d'amaurose dans la maladie de Bright, et rattachait cette paralysie au fond de la maladie elle-même : une seconde fois, en 1850, il venait, armé de plusieurs

faits nouveaux, devant l'Académie de médecine (1), non-seulement donner cette paralysie comme ayant une corrélation, mais encore comme pouvant, dès le début, signaler la maladie de Bright, souvent si indéchiffrable à ce moment. Cette question, toute originale, et soulevée par un homme du mérite de M. Landouzy, devait exciter un moment l'attention du monde médical. Nous croyons cependant que la découverte du professeur de Reims n'a pas trouvé beaucoup d'écho, quant à l'interprétation qu'il lui donne. Une seule fois, sur six, nous avons pu constater cette circonstance bizarre, et l'autopsie a pleinement justifié cette amaurose, par les lésions trouvées dans le cerveau. Pour avoir quelque communauté, dans sa source, avec l'affection granuleuse des reins, l'amaurose est cependant loin d'exister dans beaucoup de cas (2).

Pronostic. Le pronostic de l'anasarque par albuminurie chronique est grave. Le tiers des sujets succombe, a-t-on dit. Cette proposition, vraie peut-être pour les anasarques à albuminurie en général, ne l'est certainement pas quand il y a positivement néphrite albumineuse chronique; et nous partageons pleinement l'opinion de Bright, qui prétend qu'on ne peut alors que pallier. M. Rayer lui-même en vient à peu près à cette opinion, car il se prend à dire qu'il ne lui est pas parfaitement démontré qu'on ait guéri radicalement la néphrite albumineuse chronique. M. Sabatier fait observer que les chances de mort sont égales pour les enfants et les adultes. Il n'est cependant point douteux, pour nous, que la maladie, attaquée de bonne heure, et quand elle siége sur des sujets robustes et vigoureux, ne puisse être domptée, dans quelques cas, par un traitement énergique. Mais, ce qui n'est pas moins douteux, c'est que les médecins sont souvent induits en erreur, quand, voyant l'hydropisie disparue et l'albuminurie diminuée ou disparue aussi, ils croient à une guérison radicale. Il arrive, en effet, que ces phénomènes, éclipsés ou amoindris pour un moment, rebondissent dans un temps plus ou moins long; et si les malades ne retombent pas entre les mains des mêmes médecins, ceux-ci peuvent affirmer une guérison

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XV, p. 74, 96; t. XVI, p. 52, 376.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1850.

qui n'a été qu'éphémère. Nous avons vu cela deux fois au Val-de-Grâce, dans l'espace d'une année. Deux malades différents, sortis en apparence guéris, du service de deux de nos confrères, ne tardèrent pas à y rentrer pour succomber.

Complications. L'anasarque consécutive à la néphrite albumineuse peut, comme l'affection elle-même, se compliquer et se complique souvent de maladies diverses. C'est ainsi que, dans un bon nombre de cas, la néphrite albumineuse survient consécutivement ou concurremment avec certaines affections organiques du cœur, du foie, des poumons. Cette fréquence de complication ou de coïncidence, remarquée par Bright, a été encore plus rigoureusement notée par M. Rayer et ses élèves. Sur cinq autopsies, nous avons trouvé trois fois une double complication d'affection organique du cœur et du foie (hypertrophie concentrique ou excentrique du cœur et cirrhose du foie). Dans un quatrième cas, avec les mêmes altérations, nous avons trouvé dans le cerveau un état de ramollissement porté jusqu'à la diffluence pour les couches optiques du côté droit. Enfin, dans le cinquième, le foie était devenu très-volumineux et présentait l'aspect gras, avec oblitération d'une bonne partie des cellules hépatiques. En sorte que, si nous n'en jugions que par notre faible pratique, nous serions admis à penser qu'il existe toujours quelqu'une de ces complications.

L'amaurose, signalée dernièrement par M. Landouzy comme un des premiers signes capables de déceler, dès l'origine, la néphrite albumineuse, n'est, selon nous, et d'après l'examen rigoureux des faits publiés par divers auteurs, qu'une complication exceptionnelle et révélant une lésion consécutive du cerveau ou des nerfs qui se distribuent à l'œil, ou d'un trouble survenu dans les liquides qui baignent cet organe.

Les inflammations de divers organes se montrent aussi fréquemment, à titre de complication ; cette fréquence des inflammations, dans la néphrite albumineuse, a été attribuée à un état particulier du sang, par M. Monassot. Le fait est que nous avons, dans deux cas, trouvé une augmentation de la fibrine. Les paralysies qui se montrent quelquefois sont, comme l'amaurose, la conséquence d'altérations consécutives des centres nerveux.

Enfin, nous devons encore signaler les épanchements qui s'effectuent dans le sein des diverses cavités séreuses, et cela par extension de la cause qui a produit l'anasarque.

Étiologie. La cause prochaine de l'anasarque par néphrite albumineuse avait été entrevue par Bostock et Christison, et plus récemment par M. Sabattier : c'est la diminution de l'albumine du sang. M. Monassot accusait surtout la diminution de la sécrétion du liquide urinaire. Aujourd'hui, ces deux causes réunies sont manifestes. L'une, l'anémie albuminurique, constatée par les analyses de sang de MM. Becquerel et Rodier et les nôtres, est irrécusable ; l'autre, la diminution de la sécrétion de l'urine, s'observe cliniquement dans la plupart des cas. Mais ces deux causes sont liées à l'altération rénale, et voilà précisément pourquoi nous disons que cette anasarque est due à une altération combinée des solides et du sang. Voyons maintenant quelles peuvent être les causes qui, d'après l'observation, donnent naissance à la néphrite albumineuse. Si la prédisposition, par suite du tempérament lymphatique prédominant, du rachitisme, de la syphilis, etc., a été admise, on trouve, à côté de cela, des hommes remarquables par leur belle constitution qui sont affectés également. D'après M. Guersant, la maladie sévit aussi bien dans l'enfance que sur l'adulte. Les vieillards n'en sont pas exempts, et nous soignons, en ce moment, pour cette affection, un capitaine en retraite âgé de 65 ans. On avait établi, prématurément, que le sexe masculin est plutôt frappé que le sexe féminin. Mais un relevé plus rigoureux, portant sur quatre-vingts cas, signale quarante-neuf personnes du sexe (1).

M. Rayer, après avoir signalé la misère, certaines professions, une alimentation insuffisante ou malsaine, insiste plus particulièrement sur l'habitation de lieux bas et humides, et sur l'abus des boissons alcooliques, comme pouvant entraîner la néphrite albumineuse ; enfin, les refroidissements subits, les affections exanthématiques aiguës, surtout la scarlatine, entrent grandement en ligne de compte pour la production de la néphrite albumineuse aiguë.

La néphrite albumineuse n'exclut pas d'autres altérations au-

(1) De la Berge et Monneret, *Compendium de médecine*, t. I, p. 103.

tour du rein : c'est ainsi qu'elle peut se compliquer de phlegmon périnéphrétique, voire même de phlegmon du rein. M. Bricheteau a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 18 mars 1851, un fait remarquable de phlegmon périnéphrétique dans un cas de maladie de Bright. Il s'agit d'un malade qui, lithotritié depuis quatre ans, et sans avoir ressenti d'état morbide à la suite, se trouva pris de douleurs lombaires vives, se continuant en avant, dans la direction de l'uretère jusque vers la fosse iliaque et l'hypogastre, et cela par suite d'un refroidissement subit. Dès le premier examen de ce malade, les urines étaient fort albumineuses. Cette circonstance fit supposer à M. Bricheteau la possibilité de l'existence d'une néphrite calculeuse et d'une néphrite albumineuse. Le malade étant anémique et déclarant qu'il avait eu déjà plusieurs fois les pieds enflés, la néphrite albumineuse parut confirmée à plus d'un titre. Plus tard, les douleurs dont nous avons parlé s'exaspérèrent à un tel point, que le malade poussait des vociférations; enfin, il succomba le 31 janvier, vingt-cinquième jour de son entrée à l'hôpital. L'autopsie démontra les altérations de la néphrite albumineuse chronique, et de plus, à droite, une vaste poche purulente, à parois denses et épaisses en avant, s'étendant depuis le bord inférieur du foie jusqu'à la fosse iliaque, mal circonscrite en arrière et renfermant le rein droit considérablement atrophié.

Traitement. Le traitement varie, suivant que l'on a affaire à une anasarque succédant à la néphrite albumineuse aiguë ou à la néphrite albumineuse chronique. Nous avons donné le traitement de la première en traitant de l'anasarque consécutive à la scarlatine.

Dans l'anasarque qui reconnaît pour cause la néphrite albumineuse chronique, peut-on et doit-on recourir aux émissions sanguines, dans l'espoir d'enrayer l'affection, ou du moins de parer aux hypérémies rénales secondaires ? Évidemment, la conduite du médecin doit être guidée ici par l'état et la constitution du sujet. Les évacuations sanguines générales et locales, en ayant égard à ces deux circonstances, pourront rendre sans doute d'excellents services, et seront commandées toutes les fois que les douleurs rénales et la réaction fébrile dénoteront une recrudescence de l'hypérémie. S'il est bien constaté, dit

M. Rayer, que l'apparition de l'hydropisie n'a pas eu lieu à une époque plus éloignée qu'un mois environ, chez un individu assez bien constitué, mais affaibli par des maladies antérieures et par des privations, il convient de commencer le traitement par une saignée ou par plusieurs applications de ventouses scarifiées sur les lombes. Le traitement des paroxysmes de l'inflammation rénale est analogue à celui de la forme aiguë de la maladie ; toutefois il doit être, en général, moins actif. On voit que le médecin de la Charité précise à peu près l'usage des émissions sanguines.

Les divers exutoires appliqués sur les reins, tels que vésicatoires, cautères, séton, moxa, ont ici une utilité incontestable ; et l'habitation dans un lieu chaud, sec, bien aéré, en un mot, les conditions d'une bonne hygiène deviennent indispensables.

M. Rayer se loue de l'usage de la teinture de cantharides à l'intérieur ; il dit avoir vu plusieurs fois les urines se modifier avantageusement, et l'hydropisie diminuer ou même disparaître complétement chez des malades auxquels il faisait prendre de quatre à douze gouttes de cette teinture dans une émulsion. Les purgations par l'eau de Sedlitz ou de Palma, répétées deux ou trois fois par semaine, ont donné souvent des améliorations, et quelquefois des guérisons, au dire de M. Rayer.

Les purgatifs drastiques, qui font la fortune des charlatans et que les médecins n'emploient qu'avec timidité, trouvent réellement leur place ici. M. Rayer dit avoir essayé la coloquinte, associée à la jusquiame, la gomme-gutte à la dose de cinq à six grains, quelquefois avec succès, au moins momentané.

Nous devons déclarer que c'est de ce dernier médicament que nous avons retiré les plus grands effets, en en modifiant toutefois l'administration, c'est-à-dire en en élevant successivement les doses, de façon à arriver jusqu'à un gramme et un gramme cinquante. A mesure qu'on élève les doses, l'effet purgatif du médicament cesse, et à sa cessation succède une diurèse abondante. Ce fait, que nous avons constaté dans nombre de cas publiés en mémoire dans la *Gazette des Hôpitaux*, est le plus frappant sous le rapport de l'action de la gomme-gutte ; nous aurons à y revenir avec détail.

Il est important de se rappeler que les malades atteints de ces

suffusions séreuses se trouvent dans un état de détérioration prononcée, que leur sang a subi une altération primitive ou consécutive grave ; que, dès lors, une alimentation convenable doit être prescrite, en même temps qu'on a recours aux préparations de fer, à certains toniques.

M. Rayer n'a pas eu à se louer des préparations de digitale, parce que, dit-il, elles sont trop susceptibles de déranger les fonctions intestinales ; tandis qu'il vante la tisane de raifort sauvage (une demi-once à une once, et même deux onces par deux livres de décoction).

Christison, après la crème de tartre et la digitale, recourait à la poudre de scille, aux infusions de sommités de genêt, à l'esprit d'éther nitrique, à l'eau-de-vie de genièvre étendue d'eau, au carbonate et autres sels de potasse.

Les bains de vapeur aqueuse, soit dans l'étuve, soit dans le lit, suivant les dispositions des malades, peuvent être essayés, mais certainement avec réserve.

Il est encore une foule de médicaments purgatifs, diurétiques, sudorifiques, auxquels on peut avoir recours, comme dans toutes les autres hydropisies. Leur détail est réservé pour la fin de ce chapitre.

Il est hors de doute que le traitement doit être très-variable ; malheureusement la gravité des lésions le rend souvent infructueux. Toutefois, nous ne pouvons terminer sans dire qu'ici, comme dans toutes les autres hydropisies, ce traitement a deux buts à poursuivre : dissiper la cause, dissiper la suffusion séreuse ou effet. Le premier point est toujours difficile, pour ne pas dire impossible ; le second est souvent atteint, mais, hélas ! ce n'est souvent qu'une palliation, car l'hydropisie revient encore après un temps plus ou moins long.

C. *Anasarque par suite de scorbut.* — Y a-t-il, nous le demandons, une anasarque où la double action de l'altération des solides et du sang se montre avec une plus grande évidence ? Quelle que soit celle de ces altérations qui ait préexisté, et nous ne voulons pas discuter ce point, le fait demeure avéré sous le scalpel de l'anatomo-pathologiste comme sous les révélations des analyses chimiques. Il n'entre point dans notre tâche actuelle de démontrer la part que prennent ces deux altérations dans la

perpétration des suffusions séreuses, mais nul n'oserait contester cette part pour chacune d'elles.

L'anasarque est la compagne presque inséparable du scorbut à une période un peu avancée de la maladie, c'est-à-dire quand la double altération est arrivée à ce point, qu'on ne peut préciser, de permettre la transsudation du sérum à travers les parois des capillaires.

Nous avons déjà dit que, dans une épidémie de scorbut qui nous était passée par les mains, à Givet, nous avions pu observer l'anasarque un grand nombre de fois.

Il nous reste, pour être aussi bref que possible, à donner l'histoire de ces anasarques en tant que symptômes, diagnostic, marche, durée et terminaison; enfin, il nous faut poser les bases du traitement.

Symptômes. Marche. Durée. Terminaison. Diagnostic. Quand à la suite de taches, d'ecchymoses scorbutiques, occupant plus particulièrement les extrémités inférieures et survenues après un sentiment de faiblesse profonde, d'abattement considérable, plus ou moins prolongé; quand après des saignements des gencives qui sont devenues mollasses, fongueuses, après des épistaxis précédées ou suivies toujours de tintement dans les oreilles, d'éblouissement à la vue, survient un engorgement œdémateux des extrémités inférieures : si cet engorgement débute par les malléoles et gagne rapidement les parties supérieures des membres, quelquefois du soir au lendemain, puis s'étend plus haut vers le tronc et les extrémités supérieures, suivant l'intensité du mal, l'anasarque scorbutique est déclarée. Ici, la généralité de l'enveloppe cutanée revêt une teinte jaune pâle, plus foncée aux endroits frappés d'ecchymose, allant assez souvent jusqu'à la teinte safran.

Cette anasarque se manifeste avec tout le cortége de l'atonie, de la prostration : la circulation témoigne de sa langueur par la petitesse et la dépressibilité du pouls, par la diminution considérable dans l'activité des fonctions plastiques. L'apathie, l'indifférence pour tout ce qui les entoure, la répugnance au moindre mouvement, forment le fond du caractère des malades; leur épuisement est d'autant plus considérable que le sang, profondément altéré, tend à s'extravaser dans les tissus ou au dehors,

et a de la propension à laisser exsuder son sérum sur la surface des séreuses sécrétantes. Aussi est-il rare de voir de ces anasarques sans qu'il y ait hémorrhagie par quelque voie. Le sérum qui imbibe le tissu cellulaire n'est pas à l'état limpide et citrin comme dans les autres anasarques ; il présente une coloration hématique plus ou moins foncée, coloration que l'on retrouve aussi dans celui qui s'épanche dans les cavités péritonéale, pleurales, etc., et qui est due à une portion de la matière colorante du sang entraînée avec la portion aqueuse. C'est dans cette anasarque qu'on voit survenir fréquemment aussi une diarrhée abondante, résultat de l'exsudation séreuse ou séro-sanguinolente, qui s'effectue à la surface de la muqueuse gastro-intestinale.

La marche de cette suffusion séreuse est, comme celle du scorbut, lente ou rapide, suivant le degré des altérations des solides et du sang, mais toujours sans réaction fébrile, et marquée au coin de l'atonie générale. A mesure qu'elle progresse, d'autres épanchements s'effectuent au sein des plèvres, du péricarde, du péritoine et de toutes les cavités séreuses ; et cela, non pas à titre de complication, mais à titre de conséquence de la même cause. Un point d'irritation existant à la surface de l'une des séreuses peut déterminer plutôt l'épanchement sur ce point, alors que le sang est déjà dans le cas de fournir matière à l'hydropisie. C'est ainsi que nous avons vu survenir un hydrothorax sur un malade, au début de son scorbut, et porteur d'une subphlegmasie pleurale, bien avant que l'anasarque se manifestât. Ce malade, ayant succombé peu de temps après, le liquide qui remplissait la cavité pleurale droite était couleur chocolat.

Si l'affection scorbutique progresse dans sa marche, l'anasarque tend à progresser aussi, et se termine par la mort, en ajoutant son appoint aux désordres fournis par l'affection première. Ordinairement il y a, en ce cas, des épanchements multiples. Quand, au contraire, par effet d'hygiène ou de soins bien entendus, le scorbut rétrocède et l'organisme récupère les forces dont il avait été dépouillé, l'anasarque ne tarde pas à décroître également : c'est ordinairement par diurèse qu'elle est jugée.

Sur neuf cas d'anasarques scorbutiques soigneusement observées par nous, et terminées par la guérison, le minimum de la

durée a été de vingt-quatre jours, le maximum de trois mois. La durée moyenne a été de quarante-cinq jours.

La terminaison de l'anasarque scorbutique est subordonnée à la gravité des altérations produites par le scorbut, et au degré où est parvenue l'anémie. Toutes les fois que les malades peuvent être soustraits aux influences meurtrières qui ont présidé au développement du scorbut, qu'ils peuvent être placés d'assez bonne heure sous des conditions hygiéniques favorables, nul doute que l'anasarque n'arrive à une résorption plus ou moins prompte. Dans le cas contraire, son issue est funeste. Il arrive aussi que, quoique les conditions dont nous venons de parler aient été remplies, l'anasarque se termine encore par la mort. Mais alors les autres épanchements qui l'accompagnent, et qui compromettent la vie par leur persistance, concourent puissamment à ce résultat.

Le diagnostic de l'anasarque scorbutique est le plus facile : personne ne pourrait la confondre avec une autre, les traces du scorbut étant le stigmate indélébile de sa nature spéciale.

Inutile de rechercher son étiologie, puisque nous disons anasarque scorbutique, et que nous avons pleinement admis et prouvé dans nos généralités que, dans cette affection, il y a double altération du sang et des solides. Toutes les causes qui sont susceptibles d'engendrer le scorbut pourront, par suite, donner lieu à l'anasarque. Toutefois, nous ferons remarquer qu'elle est plus fréquente dans le scorbut endémique que dans le scorbut sporadique, comme si dans celui-ci les causes agissaient avec une moins grande intensité et une continuité moins prolongée. Tous les âges paraissent, par conséquent, également exposés à cette suffusion séreuse. L'âge mûr et adulte ont été notés comme le plus exposés : c'est que ce sont ces âges qui, dans les voyages de long cours, dans les prisons, dans les encombrements aux armées ou autres, constituent la masse des sujets en action.

Traitement. Le traitement est nettement dessiné. Combattre l'affection scorbutique, autant dans ses conditions d'existence que dans ses effets ; puis s'adresser à l'anasarque elle-même : tel est le thème clairement défini.

On sait que c'est par le changement de position des malades,

par leur transport dans des lieux secs, bien aérés et bien éclairés, que l'on combat le plus efficacement le scorbut. Les distractions de tout genre, la gaieté imprimée à l'esprit ; une nourriture tonique, substantielle ; l'usage d'extraits herbacés, des toniques, du bon vin, etc., forment l'ensemble de la thérapeutique, dont les bienfaits ne tardent pas à se faire ressentir sur les anasarques consécutives, en modifiant heureusement l'organisme en voie de destruction.

Les frictions sur les membres avec les teintures alcooliques, le vin de quina, l'esprit de cochléaria, rendent de grands services, en imprimant une vigueur nouvelle aux fonctions cutanées perverties ou abolies. Souvent, sous l'impulsion de ces moyens uniques, l'anasarque se juge par la puissance de résorption dont les vaisseaux sont redevenus le mobile. D'autres fois, la nature, encore languissante, se laisse déborder par l'exsudation et reste dans l'impuissance. C'est alors que, suivant l'état du tube digestif, il faut agir sur cette voie, au moyen des laxatifs et des purgatifs salins ou doux. Ici, les drastiques nous paraissent inopportuns ; les sudorifiques ne sont guère applicables non plus, à cause de la prostration que laissent après elles les grandes sueurs : mais la sécrétion urinaire peut être exploitée avec le plus grand avantage. C'est alors à faire choix parmi les nombreux diurétiques.

§ IV. — Traitement de l'anasarque en général.

Pour dissiper la suffusion séreuse cellulaire, trois voies sont offertes par la nature ; ce sont les trois surfaces sécrétantes : tube digestif, surface cutanée, et appareil génito-urinaire. Quels que soient les médicaments mis en usage, on les administre tous dans l'intention de provoquer un surcroît d'activité sur l'une des trois surfaces dont nous venons de parler, et quelquefois sur deux d'entre elles à la fois. Par quel mécanisme vont-ils porter leur action sur ces surfaces sécrétantes dont ils activent les fonctions ? On n'en sait rien : on se contente de constater les effets, et d'après ces effets les médicaments ont été dénommés sudorifiques ou diurétiques, suivant qu'ils provoquent de la sudation ou de la diurèse ; et laxatifs, purgatifs, suivant qu'ils déterminent des évacuations par le bas.

Dès qu'on a cherché, par tous les moyens possibles et que nous avons indiqués à chaque espèce d'anasarque, à détruire ou modifier les causes qui l'ont provoquée et l'entretiennent, il reste à obtenir l'élimination du liquide par ces méthodes. Dans quelques cas, il faut lui donner une issue au dehors, par des opérations chirurgicales. Dans quelques cas aussi, il faut empêcher la trop grande ampliation du tissu cellulaire par un bandage compressif, qui, en même temps qu'il maintient une certaine énergie à la peau, sert de soutien aux vaisseaux qui la parcourent.

Les moyens médicinaux employés pour obtenir la résorption et l'élimination du liquide ont été dénommés empiriquement hydragogues. Nous allons les énumérer d'après leurs propriétés reconnues, propriétés qui les ont fait placer dans l'une des trois catégories que nous avons signalées.

1° Purgatifs ou excitants de la sécrétion intestinale.

Cette classe de médicaments est fort étendue: elle se subdivise en ceux qui agissent en provoquant une exsudation surabondante à la surface intestinale et en ceux qui agissent d'une manière plus énergique, plus violente, comme drastiques.

Parmi les premiers, figure l'huile de ricin, que l'on peut donner à la dose de trente à quarante-cinq grammes. Cette substance grasse a l'inconvénient de rebuter les malades, et ne permet pas de recourir souvent à son emploi, comme il faut le faire dans l'anasarque, pour entretenir la supersécrétion intestinale. Elle convient surtout dans les cas d'anasarque par irritation ou congestion du tissu cellulaire, alors que la supersécrétion intestinale doit venir se joindre, pour un moment, aux autres moyens mis en usage pour dissiper une suffusion séreuse de peu de résistance.

La *manne*, à la dose de quarante-cinq à soixante grammes, est également applicable dans le même genre d'anasarque et dans toutes celles à cause peu tenace, qui n'exigent, une fois cette cause disparue, que de faibles efforts de la part de l'organisme pour être dissipées. On emploie, dans la même intention, le *nerprun*, soit en sirop, soit en infusion dans du vin blanc. La rhubarbe, la pulpe de casse, le tamarin, peuvent également marcher sur la même ligne.

Mais, en tout cas, ce sont là des substances dont la répétition n'est guère possible pour des malades qui, en raison de leur position, se rebutent devant l'usage de médicaments à goût fort désagréable. Nous n'avons pas l'intention de parcourir la longue liste des laxatifs; mais nous devons signaler plus particulièrement à l'attention des praticiens les purgatifs salins, qui joignent à l'avantage de peu fatiguer l'estomac celui de pouvoir être continués un temps plus ou moins long. Nous avons retiré de beaux résultats du *sulfate de soude*, administré en solution à la dose de vingt-cinq à trente grammes dans cent soixante ou cent quatre-vingts grammes d'eau, et que nous répétons tous les deux jours. Nous n'avons jamais remarqué un inconvénient résultant de son administration, dans les cas nombreux où nous nous en sommes servi. Les *sels de potasse*, et surtout le *nitrate*, quoique donnant également de bons résultats, méritent d'être surveillés dans leur administration. Il serait peut-être imprudent de dépasser dix grammes pour le nitrate. L'*eau de Sedlitz* est employée avec le même avantage. Les *préparations de magnésie* conviennent également : le citrate est, de toutes les préparations, celle qui est la plus agréable. On en forme une limonade en se servant de trente à quarante-cinq grammes pour cinq cents grammes d'eau.

La *crème de tartre* a rendu les plus grands services, et cela entre les mains de divers médecins de tous les pays. En Angleterre, Christison l'a prônée dans la maladie de Bright; en France, M. Martin Solon en a obtenu d'aussi beaux succès dans les mêmes circonstances. La crème de tartre, comme tous les purgatifs salins, a le double avantage de faire ressentir ses effets sur la surface intestinale et sur la surface génito-urinaire. Souvent, après l'avoir donnée à la dose de trente grammes, pour provoquer des selles nombreuses, on fait merveille en administrant, les jours suivants, la limonade tartro-boratée, qui est préparée avec vingt grammes de crème de tartre, cinq grammes de sousborate de soude, et vingt à trente grammes de mélite simple pour cinq cents grammes d'eau. Cette limonade, répétée toutes les vingt-quatre heures, entretient la supersécrétion séro-muqueuse à la surface intestinale, et provoque, en même temps, une diurèse abondante. C'est le résultat que nous venons d'obtenir ces jours-ci chez un officier en retraite,

affecté d'anasarque par suite de néphrite albumineuse chronique et d'affection organique du cœur.

Le *calomel* ne donne que de médiocres résultats, et cela même d'après les Anglais, qui en usent avec tant de profusion dans une quantité d'affections diverses. Cependant on a cru s'apercevoir que, poussé jusqu'à salivation, il semblait produire un effet avantageux. Pourrait-on en accuser, dans ces cas, la révulsion buccale et la supersécrétion salivaire, comme quelques médecins penchent à le croire?

C'est surtout dans les anasarques pyrétiques ou avec réaction fébrile que ces purgatifs légers peuvent être mis en usage. Leur action est utile aussi à plus d'un titre dans les anasarques apyrétiques; mais, dans quelques-unes d'entre elles, elle est insuffisante, autant en raison de l'atonie intestinale que du collapsus général. On sait que les purgatifs salins agissent plutôt par absorption que localement. Évidemment, toutes les fois que les fonctions sont dans la langueur, l'absorption est diminuée, et, par suite, leur action est annihilée.

Nous ne ferons pas une plus longue énumération de ces purgatifs doux à mettre en usage, et que chaque praticien a le droit de varier suivant son expérience et les exigences des cas et des dispositions individuelles des malades. C'est surtout ici le cas de dire que telle substance qui a fourni des résultats prodigieux dans telle circonstance, n'en donne que de négatifs dans d'autres.

2° Purgatifs drastiques.

Nous sommes convaincu que c'est à l'habile maniement de ces purgatifs énergiques que les médecins ont dû et devront encore leurs plus beaux succès dans le traitement des hydropisies. N'est-ce pas avec leur secours que les charlatans qui en usent empiriquement, obtiennent, au milieu d'une foule de revers, des cures que le public proclame comme des miracles, d'autant mieux que ces cas avaient été jugés au-dessus de toute ressource par les gens de l'art?

Le médecin, guidé par ses connaissances anatomiques et physiologiques, appuyé sur la symptomatologie qui l'éclaire sur des troubles de fonctions ou d'organes, pourra éviter l'écueil des

ignares charlatans, et cueillir d'aussi beaux lauriers, si, suivant pas à pas les effets des médicaments, surveillant l'état du tube digestif, il ose agir avec une audace justifiée par ses connaissances et son observation. Les drastiques réveillent les fonctions intestinales engourdies ou appauvries, et peuvent, par leur usage prolongé, maintenir longtemps au même diapason cette surabondance excrétoire à laquelle la surface muqueuse intestinale est en mesure de suffire, souvent sans danger aucun. Nous n'avons pas la prétention de signaler tous les drastiques auxquels on peut avoir recours, ni d'en d'en débattre les effets ; nous en sigalerons plus particulièrement quelques-uns, et nous dirons qu'ils déterminent sur la surface intestinale une irritation sécrétoire qui a pour propriété de dépouiller le sang d'une partie de son sérum, et, par suite, de le mettre à même de reprendre, par l'absorption, une quantité plus ou moins grande de celui qui se trouve épanché. Ces purgatifs énergiques doivent être exclus dans les anasarques avec pyrexie ; et dans les apyrétiques, il convient, pour leur emploi, que les malades ne soient pas profondément débilités, afin qu'ils ne soient pas anéantis par l'influence des secousses que ces médicaments impriment à l'organisme. La *scamonée*, la *coloquinte*, l'*aloès*, le *jalap*, l'*huile de croton tiglium*, l'*élatérium*, la *gratiole*, le *genêt à balais*, le *tabac*, etc., tels sont les purgatifs drastiques le plus souvent mis en usage, seuls ou combinés ensemble. L'huile de croton a une action trop violente pour pouvoir être continuée, et expose plus que tous les autres aux phlogoses du tube digestif. Nous pouvons en dire autant de la coloquinte. En général, tous les autres méritent une attention spéciale dans leur emploi ; mais nous saisissons cette occasion de signaler tout le parti qu'on peut tirer de la *gomme-gutte*. Cette substance a été mise en usage de tout temps et de manières différentes. On sait que M. Rayer, homme expert en la matière, en a quelquefois obtenu de beaux succès dans le traitement des suffusions séreuses par maladie de Bright. Nous croyons avoir dénoncé, le premier, à l'attention publique, les effets aussi extraordinaires qu'inattendus que peut produire cette substance dans le traitement des hydropisies.

Déjà, dans le moyen âge, quelques médecins avaient eu l'idée de l'employer à haute dose, jusqu'à 60 et 80 centigrammes dans

les vingt-quatre heures ; mais personne n'avait signalé sa propriété diurétique. Les Italiens, qui s'en servent également à haute dose, l'administrent comme un hyposthénisant, mais personne d'entre eux n'a signalé non plus sa propriété diurétique. C'est à nous qu'il revient d'avoir observé que la gomme-gutte, donnée à 30, 40 et 50 centigrammes, produit une purgation violente d'abord ; et que, si on en continue l'usage en élevant la dose chaque jour, de façon à arriver à 1 gramme et 1,50, suivant la tolérance, à l'action sur le tube digestif se substitue une action spéciale sur les reins, et aux purgations se substitue une diurèse plus ou moins abondante.

Il nous a semblé qu'une certaine tolérance s'établit, pour ce médicament, à mesure qu'on en élève les doses. Si bien qu'après avoir provoqué dix, quinze, vingt selles, par vingt-quatre heures dès le début, il n'en suscite qu'une ou deux sans colique, au bout de quelques jours, et surtout quand on approche d'un gramme ou qu'on le dépasse. Cet effet bizarre, que nous n'avons obtenu que dans les hydropisies générales ou anasarques, nous ne l'avons jamais remarqué dans d'autres maladies où, dans tous les cas, la tolérance a été impossible. Nous devons ajouter que cette tolérance et la diurèse qui en est la suite sont des effets d'autant plus frappants, pour nous, que nous n'agissions que sur des malades chez qui toutes les médications appropriées étaient restées sans effets.

Il n'est pas rare de voir cette substance provoquer, au début, quelques nausées ou quelques vomissements. Si ces phénomènes persistent, s'il survient en même temps des douleurs épigastriques et de la soif, il ne faut point passer outre, mais s'arrêter, et attendre, pour y revenir, que ces accidents soient calmés. Souvent alors, au deuxième essai, il devient possible de continuer, le tube digestif ne montrant plus aucune susceptibilité. En tous cas, son état de souffrance est une indication précise pour ne point aller au delà ; c'est là que le médecin ne doit point se laisser entraîner par des idées préconçues.

La manière dont on doit administrer la gomme-gutte a aussi quelque importance. Il nous a paru que, sous forme pilulaire, elle fatigue davantage l'estomac, soit qu'elle séjourne plus longtemps dans le ventricule, soit que, peu susceptible de solution, elle reste

en contact avec la muqueuse et l'irrite. Nous avons adopté la solution suivante : gomme-gutte pulvérisée, débattue dans huit à dix grammes d'alcool à 33°, addition de 120 grammes d'eau distillée et de 8 grammes d'eau de fleurs d'oranger; le malade prend la potion en 24 heures, en cinq ou six fois, s'abstenant deux heures avant et deux heures après chaque repas.

Nous avons employé la gomme-gutte, après essais inutiles de diverses médications, dans quatorze cas d'anasarque, dont douze compliquées d'autres épanchements séreux et notamment d'ascite. Huit de ces observations ont été publiées, par nous, dans deux mémoires différents insérés dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'un le 15 septembre 1849, et l'autre le 2 mars 1850.

Voici, sous le rapport de l'étiologie, la nature de ces anasarques. Dans cinq cas, il s'agissait d'anasarque consécutive à la néphrite albumineuse chronique, dont quatre bien confirmés et un douteux, à notre point de vue. Dans un cas, l'anasarque était consécutive à la scarlatine sans présomption fondée de néphrite albumineuse aiguë. Dans un autre cas, il s'agissait d'ascite et d'anasarque résultant d'un état squirrheux de la rate devenue énorme, et d'hypertrophie du foie. Dans deux cas, l'anasarque reconnaissait une cachexie tuberculeuse avec pericardite chronique. Dans deux autres cas, c'était une cirrhose du foie avec hyperthrophie du cœur, qui avait donné naissance à la suffusion séreuse. Enfin, dans les trois derniers cas, l'anasarque reconnaissait pour cause des lésions organiques du cœur avec entrave dans la circulation.

Sur ces quatorze cas, nous avons été obligé d'arrêter l'usage du médicament aux deuxième et troisième jour, sur deux malades, à cause des troubles sérieux qu'il occasionnait dans les fonctions de l'estomac (vomissements et douleurs) · l'un avait une affection organique du cœur, l'autre une néphrite albumineuse chronique. Dans un troisième cas, son emploi a été arrêté au sixième jour pour le même motif, c'est sur un malade porteur d'affection organique du cœur. Dans ces trois cas, il y a eu purgation énergique sans bénéfice apparent pour la suffusion séreuse.

Sur les onze cas restants, dix fois nous avons obtenu la tolérance du médicament (c'est-à-dire qu'il ne produisait plus de coliques ni de purgation) du septième au dix-septième jour, et

nous avons vu apparaître en même temps une diurèse plus ou moins abondante ; c'est à partir de 80 centigrammes à 1,50 que cet effet a été obtenu. Dans un cas, la tolérance s'est établie d'emblée, et la diurèse est apparue au cinquième jour, alors que la dose du médicament était à 80 centigrammes.

Voici les résultats obtenus, quant à l'anasarque, sur les onze cas. Il y a eu disparition complète de la suffusion séreuse dans six cas; un cas de maladie de Brigt, deux cas de cirrhose du foie avec complication d'hypertrophie du cœur, un cas d'anasarque suite de scarlatine, et deux cas d'anasarque par cachexie tuberculeuse.

Ces guérisons se sont maintenues, pour quatre malades, pendant tout le temps que nous avons pu les observer, c'est-à-dire pendant plus de huit mois. Dans les deux autres cas, la mort est survenue, après la disparition de la suffusion séreuse, par suite d'épuisement.

Dans les cinq cas restants, sur onze, nous n'avons eu que des demi-guérisons, c'est-à-dire disparition complète de l'anasarque, mais récidive très-peu de temps après dans trois cas, et diminution considérable dans la quantité de liquide épanché dans les deux autres. Il est vrai que, sur l'un d'eux, nous n'avons pu pousser notre traitement à bout, par suite de notre départ. En tous cas, c'est le malade sur lequel l'influence de la gomme-gutte s'est fait ressentir d'une manière d'autant plus tranchée, qu'il s'agissait d'une néphrite albumineuse chronique de vieille date, et ayant donné lieu aux suffusions séreuses à plusieurs reprises. Nous voulons citer ce fait au moins brièvement.

XVe OBSERVATION. — ANASARQUE PAR NÉPHRITE ALBUMINEUSE CHRONIQUE TRAITÉE PAR LA GOMME-GUTTE.

Le nommé Favre, garde républicain, 47 ans, très-forte constitution primitive, d'une taille élevée, à teint brun, a donné des signes d'albuminurie avec anasarque, il y a plus d'un an. Il fut traité, à cette époque, au Val-de-Grâce. L'anasarque se dissipa. Nous ne savons rien au sujet des modifications survenues dans l'albuminurie, le malade n'ayant pas été dans notre service. Trois mois après, nouvelle anasarque, nouvelle entrée à l'hôpital ;

deuxième guérison au bout d'un mois et demi. En août 1850, troisième apparition de l'anasarque. Traité dans le service de M. Champouillon, ce malade nous échut par l'addition de ce service au nôtre, pendant le mois de septembre. Favre, que nous voyions alors pour la première fois, se trouvait bien, ne présentait presque plus de traces d'enflure, excepté au visage. Les urines variaient sous le rapport de l'albuminurie. Tantôt elles étaient trois, quatre jours, sans traces d'albumine ; puis elles présentaient un précipité assez abondant les deux ou trois jours suivants, et ainsi de suite. Le 19 septembre, il sortait de l'hôpital complétement désenflé, et ne donnant plus d'albumine depuis huit jours ; il allait jouir d'un congé de convalescence. Le 16 novembre suivant, Favre nous revint avec une anasarque plus considérable que jamais; la cavité péritonéale contenait elle-même une bonne quantité de sérosité, et les parois du ventre formaient un bourrelet saillant sur les flancs. La mensuration du ventre, au niveau de l'ombilic, donnait quatre-vingt-quatorze centimètres de circonférence. Les cuisses, surtout la gauche, présentaient une prodigieuse tuméfaction; les membres thoraciques, le tronc, la face étaient également infiltrés.

Dès le 17, nous soumîmes notre malade à l'usage de la gomme-gutte, à 30 centigrammes : douze selles liquides sans colique ; un quart de litre d'urine dans les vingt-quatre heures, avec précipité albumineux très-abondant.

Le 18, pas de gomme-gutte : peu de selles ; même état des urines.

Le 19, quarante centigrammes de gomme-gutte : deux fortes tranchées à la première selle seulement; sept selles dans les vingt-quatre heures ; même état des urines.

Le 20, repos, pas de selles ; demi-litre d'urine fortement albumineuse.

Le 21, gomme-gutte 60 centigrammes : quatorze selles sans coliques, quelques nausées, trois quarts de litre d'urine citrine, alcaline, donnant un fort précipité albumineux à l'eau bouillante.

Le 23, gomme-gutte 60 centigrammes : dix-sept selles liquides sans colique ; absence de nausées, même état des urines.

Le 24, gomme-gutte 60 centigrammes: deux selles seulement, un litre d'urine citrine et albumineuse.

Du 24 au 29, suspension du médicament à cause d'un érythème

survenu à la jambe gauche et de la sortie de tumeurs hémorrhoïdales engorgées.

Le 30, 60 centigr. gomme-gutte : huit selles sans colique, un litre et demi d'urine dans les vingt-quatre heures, albuminurie persistante.

Le 1er décembre, gomme-gutte 60 centigrammes : deux selles seulement, deux litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Un phénomène remarquable a eu lieu : une diaphorèse, localisée à la partie supérieure de la cuisse gauche, apparaît tellement abondante, qu'elle mouille trois draps d'alèze dans les vingt-quatre heures.

Le 2, gomme-gutte quatre-vingts centigrammes : trois selles, trois litres d'urine moins albumineuse, continuation au même degré de la diaphorèse localisée.

Les 3 et 4, suspension du médicament, continuation de la diurèse et de la diaphorèse. Le 4, mensuration du ventre, soixante-trois centimètres, diminution très-grande de l'anasarque.

Le 6, gomme-gutte 1 gramme : trois selles sans colique ; trois litres d'urine, diaphorèse localisée.

Les 7, 8 et 9, quatre-vingt-dix centigrammes, un gramme, et un gramme vingt centigrammes de gomme-gutte : deux ou trois selles sans coliques à chaque dose. Le 10, le malade avait rendu trois litres et demi d'urine dans les vingt-quatre heures. La diaphorèse avait diminué considérablement. Les urines étaient toujours albumineuses. Nous pûmes constater que l'anasarque et l'ascite avaient diminué environ des trois quarts. Depuis le 1er décembre, Favre s'était astreint à ne boire qu'un demi-litre de tisane, en sorte que l'émission des urines dépassait deux fois et demie au moins la quantité de liquide ingéré. A cette époque, nous cessions notre service, et nous perdions de vue notre malade, à cause de notre départ pour la Corse.

Toutefois, cette portion de l'observation que nous venons de raconter, nous montre à l'évidence les effets de la gomme-gutte, c'est-à-dire tolérance pour le médicament à mesure qu'il est porté à des doses élevées, et sa propriété diurétique remplaçant, dans ce moment, sa propriété purgative. Cet exemple est d'autant plus frappant, qu'il s'agit d'un vieil albuminurique, arrivé à sa quatrième suffusion séreuse, et chez qui l'altération rénale était à un point très-avancé, suivant toute apparence.

Depuis notre séjour en Corse, nous avons eu occasion de traiter, par la gomme-gutte à dose croissante, deux anasarques invétérées et ayant résisté à tous les moyens mis en usage. L'une, liée à la néphrite albumineuse chronique, a guéri pour reparaître deux mois après; l'autre, causée par l'anémie albuminurique à la suite de fièvre grave, a été guérie sans retour.

Notre expérimentation sur les effets de la gomme-gutte, dans les hydropisies, est tellement précise et rigoureuse, que nous engageons puissamment les praticiens à recourir à son emploi quand d'autres remèdes, fort vantés d'ailleurs, leur auront fait défaut. Nous leur recommandons toutefois de surveiller le tube digestif, afin d'en arrêter l'usage dès que des troubles importants se manifestent de ce côté.

3° Diurétiques.

Il est plusieurs substances qui, en même temps qu'elles provoquent une purgation plus ou moins soutenue, suscitent également une diurèse plus ou moins prononcée. Tels sont les *sels neutres*, les *purgatifs salins*, et notamment les différents *sels de potasse*, surtout le *nitrate* et l'*acétate*, dont Bright, Christison et d'autres auteurs anglais ont eu tous à se louer. La crème de tartre, continuée pendant quelque temps, donne des résultats analogues. On vient de voir que la gomme-gutte, purgatif énergique aux doses ordinaires, devient diurétique à haute dose. Au reste, il ne faut point perdre de vue que certains médicaments provoquent la diurèse, non point par une vertu propre, mais en ramenant l'organisme à un point plus rapproché d'équilibration sous le rapport des fonctions; voilà comment beaucoup de médicaments ont été réputés diurétiques. Les Italiens attribuent une pareille propriété aux préparations de fer, et notamment au sulfate.

Nous n'en finirions pas si nous voulions passer en revue la classe de médicaments dits diurétiques. Qu'il nous suffise de rappeler les principaux, ceux qui, entre les mains des expérimentateurs, ont donné des résultats à peu près constants, autant que les cas pouvaient le permettre.

Le raifort sauvage est signalé par M. Rayer, qui en fait une décoction avec demi-once à deux onces pour mille grammes

d'eau. C'est le diurétique dont a le plus à se louer le médecin de la Charité. Les cantharides en émulsion ont montré la même propriété à travers bien des générations ; on doit être réservé et prudent dans leur emploi : un grain à quatre, au maximum, en vingt-quatre heures, telle est la dose. L'oseille, la pariétaire, l'uva ursi, les baies de genièvre, la pyrole en ombrelle, peuvent être données hardiment en décoction ou infusion. Leur usage peut quelquefois répugner au malade ; rarement il peut devenir nuisible. La térébenthine, dont l'action sur les voies urinaires est si tranchée, mérite qu'on procède envers elle avec une certaine réserve ; un à vingt centigrammes d'essence en émulsion, telles sont à peu près les doses qu'on ne doit point dépasser. M. Chrestien, de Montpellier, a vanté l'usage continu du lait, et a obtenu, par ce moyen, des diurèses étonnantes. C'est probablement par le petit lait qu'agit cette substance. Le petit lait est donc un diurétique qui n'est pas à dédaigner. La bulbe de scille, les feuilles de digitale pourprée, sont mises également au premier rang des diurétiques, et le fait est que leur usage, généralement consacré par toutes les générations, atteste leur propriété non douteuse. Le genêt marche encore sur la première ligne des diurétiques ; puis viennent les sucs herbacés du pissenlit, du trèfle d'eau, du cresson de fontaine, du chiendent. Après, on peut citer encore les fleurs de camomille et de pâquerette. L'écorce seconde de sureau, dont on fait une décoction concentrée, a été remarquablement vantée pour ses propriétés diurétiques. Citons aussi le sous-borate de soude, qui, à la dose de 4 à 10 grammes, a l'incontestable avantage d'exciter la diurèse.

Enfin, disons-le de suite, ce n'est point la matière médicale qui fait défaut au médecin quand la maladie est curable ; tout est dans l'à-propos, et le succès dépend souvent du diagnostic, de la connaissance de l'altération qui a présidé à l'anasarque, et par conséquent de la manière dont il convient d'attaquer la suffusion séreuse.

En tous cas, la plupart des diurétiques sont applicables à toutes les espèces d'anasarques, parce que, quelle que soit la position du malade, la sécrétion urinaire est celle qui est exploitée avec le moins de secousse et de perturbation. C'est au praticien à les employer suivant sa sagacité, en ayant recours tantôt à l'un,

tantôt à l'autre, suivant les circonstances ; il n'y a rien de précis à lui indiquer à ce sujet.

4° Sudorifiques.

La classe des sudorifiques est celle peut-être qui trouve le moins d'application dans les anasarques ; car le travail par lequel la diaphorèse est suscitée est un travail très-débilitant et dont les malades ne pourraient supporter longtemps les effets. Toutes les anasarques survenant chez des sujets encore forts et robustes, accompagnées de phénomènes de réaction, marquées au coin d'une certaine sthénie, pourront s'accommoder de l'usage des sudorifiques ; mais les autres, quelle que soit du reste leur nature, retireraient souvent un effet nuisible de leur emploi. Les sudorifiques s'adressent directement à la peau, ou par la voie externe ; d'autres sont pris à l'intérieur. Dans les premiers, se trouvent rangés les bains secs et chauds, et les bains chauds et humides chargés de principes aromatiques provenant de plantes qu'on a fait bouillir, les bains de vapeur d'eau simple ou chargés de vapeur aromatiques, telles que celles de genièvre, de romarin, de lavande, de thym, etc. Parmi les substances prises à l'intérieur et qui paraissent jouir de propriétés sudorifiques, on peut citer les fleurs de sureau, de tilleul, les feuilles d'oranger et de citronnier, le gayac, le sassafras, la salsepareille, etc. En général, toute tisane prise bien chaude peut devenir sudorifique ; mais celles qui sont chargées de principes aromatiques ou résineux jouissent de cette propriété à un haut degré. Nous n'insistons pas sur cette dernière classe de médicaments, dont l'opportunité nous paraît fort contestable dans la plupart des cas : dans ceux où ils deviennent applicables en tant que médicaments, il ne nous paraît nullement prouvé que la nature ne pût se passer de leur secours. La *noix vomique* a été préconisée récemment par M. Tissier, de Lyon, contre les hydropisies dites asthéniques. Ce médecin cite deux cas de guérison à l'appui (1). Il regarde la noix vomique comme un tonique et un excitant propre du système nerveux. Il pense que dans les hydropisies asthéniques, le défaut de résorption pourrait tenir en partie au défaut

(1) *Gazette des hôpitaux*, 12 juin 1851.

d'irritation nerveuse des rameaux qui se distribuent aux organes. La noix vomique, en rétablissant cette irritation en même temps qu'elle excite l'énergie des fonctions intestinales, peut venir puissamment en aide dans ces cas. Il donne ce médicament à la dose de 0,02 à 0,05, qu'il répète à quelques jours d'intervalle.

Il nous reste à parler des ressources que peut fournir la chirurgie pour aider à la propulsion au dehors du liquide qui constitue l'anasarque. La compression exercée sur les membres, au moyen de bandages roulés bien appliqués, semble avoir produit, dans un certain nombre de cas, des résultats heureux. S'il faut en croire quelques auteurs, la cure aurait suivi son emploi exclusif. Réduisant ce moyen à sa juste valeur, nous pouvons le conseiller surtout quand l'infiltration n'occupe que les extrémités inférieures; le raisonnement et les faits prouvent qu'alors il est éminemment utile; et les guérisons obtenues à l'aide de ce seul moyen n'ont guère trait qu'à des œdèmes restreints. En tous cas, son innocuité concorde parfaitement avec les avantages qu'il peut offrir, et ce serait sottise de se priver de son secours.

Quand les diverses médications mises en usage contre l'anasarque restent sans résultat, quand la peau se trouve considérablement distendue par l'accumulation du liquide dans le tissu cellulaire, ne convient-il pas, n'est-il pas même urgent d'en évacuer une quantité par quelque opération chirurgicale, dans le but de mettre dans de meilleures conditions d'action les absorbants cutanés et cellulaires qui se trouvent imbibés et comprimés? La nécessité de cette ressource est clairement indiquée quand on se place à ce point de vue; reste à discuter les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Les applications de vésicatoires, cautères, séton, doivent être évidemment proscrites, comme pouvant susciter des accidents graves d'inflammation, et même de mortification de la peau. C'est avec surprise que nous voyons des hommes recommandables compter encore sur l'action des vésicatoires pour exciter l'absorption et dégorger un membre. C'est accorder trop à l'incertain sans tenir assez compte du danger que suscitent de pareilles applications. Nous préférons de beaucoup les scarifications; si celles-ci, sont susceptibles d'entraîner à leur suite des accidents inflammatoires, au

moins contre-balancent-elles ces résultats possibles par l'issue continuelle qu'elles donnent, pendant un certain temps, au liquide épanché. Nous aimerions même mieux les scarifications profondes, parce que, étant susceptibles de mieux dégorger le membre et de diminuer la tension de la peau, elles l'exposent moins à l'inflammation et au sphacèle, surtout si on a la précaution de les faire éloignées les unes des autres.

Les mouchetures pratiquées à l'aide d'une lancette dont la pointe est enfoncée perpendiculairement, valent encore mieux que les scarifications; elles sont cependant sujettes à exposer aux mêmes accidents, quoique moins rarement. Des piqûres nombreuses, faites avec la pointe d'une aiguille, sembleraient, au dire de quelques auteurs, remplacer ces deux moyens d'une manière avantageuse. Nous ne le pensons pas, parce que, ne pouvant suffire à donner un écoulement continu, elles ajoutent à la tension de la peau qui persiste de nombreux points d'irritation qui peuvent dégénérer en phlogose. Les incisions superficielles n'entamant que l'épiderme ou la première couche du derme, et ayant une étendue d'un demi-pouce à un pouce, produisent un effet plus constant, plus prononcé, sans exposer davantage aux accidents et peut-être moins. Dans un cas d'anasarque consécutive à une affection organique du cœur, deux incisions pareilles sur chaque jambe nous ont procuré, en quarante-huit heures, une diminution considérable dans l'engorgement. On a même proposé, dans ces derniers temps, des incisions profondes, entamant toute l'épaisseur de la peau, et ayant de deux à trois pouces d'étendue. On a cité, à l'appui de cette méthode, deux cas remarquables de dégorgement complet. Il est bien entendu qu'une ou deux incisions pareilles sont suffisantes pour atteindre le but. Nous ne serions pas éloigné de souscrire à cette manière de procéder, que nous n'avons pas mise en œuvre, persuadé que ces incisions vastes et profondes, en produisant un écoulement considérable de sérum, mettent la peau dans un relâchement fort grand, et n'exposent, par cela même, à aucun des accidents produits par les mouchetures, et qui sont le résultat du revient de la peau à sa tension première, avec des causes nouvelles d'inflammation ou de mortification.

Art. 2. — De l'ascite.

L'ascite est une collection liquide dans la cavité formée par la duplicature du feuillet péritonéal. Telle est sa signification rigoureusement entendue aujourd'hui, qu'elle s'accompagne ou non d'œdème des parois abdominales.

Il ne nous appartient pas d'insister ici sur les divisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins dénuées de fondement qu'ont admises, à son sujet, divers auteurs. Telles sont les treize variétés de Sauvages, qui démontrent clairement que cet auteur comprenait, parmi les hydropisies péritonéales, des affections toutes différentes.

Nous devons rappeler cependant, au moins d'une manière sommaire, les divisions qui ont été le plus fondées, et qui, à ce titre, ont eu cours dans la science.

Cullen distingue l'ascite abdominale de l'ascite enkystée. La première offre trois variétés selon lui : 1° l'ascite par obstruction des viscères abdominaux ; 2° celles qui résultent de débilité ; et parmi elles il comprend l'exanthématique, la fébrile, l'arthritique et la scorbutique ; 3° enfin, celles résultant de la ténuité du sang, ou toutes celles qui surviennent après les pertes de sang.

Boisseau a rattaché l'hydropisie abdominale à quatre chefs principaux : 1° inflammation aiguë ou chronique du péritoine ; 2° inflammation chronique et dégénérescence d'un des viscères qu'il revêt ; 3° obstacles à la circulation par les maladies du cœur ou des gros vaisseaux ; 4° par suite d'hydropisie de la plèvre, du péricarde ou du tissu cellulaire.

M. Bouillaud applique à l'ascite les divisions déjà adoptées pour les hydropisies en général et l'anasarque en particulier. Il distingue l'ascite active, aiguë, sthénique dépendante soit d'une irritation du péritoine, soit d'un obstacle au cours du sang artériel, et l'ascite chronique, asthénique passive qui est la conséquence d'un obstacle au cours du sang dans les ramifications ou le tronc de la veine porte.

Pour M. Darwall, il y a une ascite idiopathique et une ascite symptomatique. J. Copland considère cette hydropisie d'après les circonstances d'organisation au milieu desquelles elle se développe, et alors elle est idiopathique ou primitive, consécutive ou

métastatique, symptomatique ou compliquée, d'après l'énergie vitale, et, en ce cas, elle est aiguë ou sthénique, et chronique, passive ou asthénique.

Les auteurs du *Compendium de Médecine* s'en tiennent à une division analogue, et n'établissent pas moins de huit variétés : 1° ascite idiopathique aiguë, 2° ascite idiopathique subaiguë, 3° ascite idiopathique asthénique, 4° ascite métastatique ou consécutive ou subaiguë, 5° ascite symptomatique d'une inflammation péritonéale, 6° ascite symptomatique d'un obstacle à la circulation veineuse, 7° ascite symptomatique d'une dégénérescence des reins, 8° ascite symptomatique d'un état séreux du sang.

Nous ne soulèverons pas une discussion sur toutes ces divisions que nous venons d'énumérer, comme nous l'avons fait en traitant des hydropisies en général. Il nous suffira de dire que celle de toutes ces divisions qui se rapproche le plus de l'état actuel de la science est celle adoptée par les auteurs du *Compendium*. Cependant elle ne satisfait pas, à beaucoup près, à ce que nous savons de plus précis sur les hydropisies abdominales, et surcharge vainement la mémoire avec ce nombre de variétés, dont les idiopathiques restent comme un non-sens ou une énigme pour l'intelligence des faits.

Pour notre compte, nous ne dérogerons, pas plus pour l'ascite que pour toute autre hydropisie, aux divisions que nous avons admises, c'est-à-dire par altération des solides, par altération du sang, par double altération des solides et du sang. Et, à ce sujet, pour mieux embrasser l'histoire de l'ascite, nous la partageons de suite en celles qui apparaissent primitivement seules, et en celles qui apparaissent en compagnie d'anasarque ou de toute autre collection séreuse, dépendantes les unes et les autres de la même source. Cette manière d'embrasser le sujet permet d'établir, du premier coup d'œil, la nature de l'ascite.

§ Ier. — Ascites existant primitivement seules.

Dans cet ordre viennent se ranger : 1° les ascites qui résultent d'une irritation congestive ou sécrétoire de la surface du péritoine, et qui correspondent aux idiopathiques des divers auteurs;

2° celles qui sont dues à une phlegmasie aiguë, subaiguë ou chronique de cette membrane ; 3° enfin, celles qui ont leur source dans un obstacle à la circulation dans le système de la veine porte, que cet obstacle surgisse directement dans ce système lui-même, ou qu'il résulte d'une tumeur qui exerce une compression sur une ou plusieurs branches, telles que les dégénérescences du foie, de la rate, etc., les tumeurs de diverses natures situées dans l'abdomen.

§ II. — Ascites existant primitivement en compagnie d'autres suffusions séreuses ou qui en sont précédées.

Ici trouvent place les ascites par altérations du sang, celles par altérations des solides et du sang, et enfin une certaine partie de celles qui résultent d'une altération des solides, celles, par exemple, qui sont suscitées par les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. Dans cette deuxième série, l'hydropisie ascite est subordonnée à une cause qui fait ressentir son effet sur toutes les surfaces séreuses. Si elle devient elle-même prédominante, cela peut tenir à plusieurs conditions réunies, mais surtout à ce que, pendant que cette cause porte son effet sur toutes les séreuses à la fois ou même sur toutes les surfaces sécrétantes, une irritation, une inflammation aiguë ou chronique du péritoine appelle sur cette membrane un surcroît de l'afflux séreux qui y existait déjà comme sur toutes les autres.

Cette irritation peut provenir de l'épanchement lui-même une fois commencé. Le liquide épanché agit alors comme corps étranger sur la surface péritonéale dont il gêne le libre fonctionnement.

S'il nous fallait traiter de toutes ces ascites, si variées sous le rapport des causes, ce serait nous livrer à des répétitions sans fin et faire un travail encore plus fastidieux pour le lecteur que pour l'écrivain, puisque tout ce que nous avons dit au sujet des hydropisies en général et de l'anasarque en particulier s'applique exactement à l'ascite, sous le rapport du mode de formation et de la nature étiologique.

Cette large séparation que nous venons d'établir n'a d'autre but que de faciliter le diagnostic aux praticiens. En effet, avoir

une ascite qui a débuté seule, c'est déjà connaître que la cause qui l'a produite immédiatement est localisée dans le péritoine, ou dans les vaisseaux qui l'abreuvent ou le traversent; tandis qu'une ascite accompagnée d'anasarque à son origine, laisse supposer une de ces causes dont l'action se fait ressentir sur tous les exhalants de l'organisme, et le médecin est amené naturellement à sa recherche.

Aussi, donner une histoire de l'ascite en général, puis, au moyen de la séméiologie raisonnée, établir le diagnostic différentiel de chacune des variétés par nous admises, telle est la marche que nous allons suivre. A l'article traitement, les lecteurs trouveront ensuite tout ce qui peut les guider par rapport aux diverses variétés.

§ III. — Ascite en général

Symptomatologie. — Dans l'ascite, la cavité abdominale acquiert une ampliation d'autant plus rapide et plus prononcée que l'épanchement du liquide s'effectue avec plus de rapidité et d'abondance. Cette ampliation a lieu au moyen de la distension des parois abdominales et du feuillet péritonéal qui cèdent sous la pression du liquide. Il y a ascite quand le sérum épanché dépasse les limites normales de l'exhalation habituelle, ce qu'il est impossible de préciser, mais ce qui se traduit par la gêne apportéeaux fonctions de la membrane.

Chez l'ascitique, la forme du ventre varie suivant que sa cavité est pleine et ses parois à leur dernier point de tension, ou suivant que la réplétion est plus ou moins incomplète; elle varie aussi suivant les diverses positions affectées par le malade.

Dans la position horizontale, sur le dos, quand l'ascite est à son plus haut point de développement, le ventre représente assez bien un demi-ovoïde dont la portion la plus saillante correspond à l'ombilic. Quand la réplétion est incomplète, la forme n'est plus la même. Le liquide suit alors les lois de la pesanteur qui le font porter sur les parties latérales et les plus déclives; les flancs deviennent saillants et proéminents, tandis que la portion antérieure et moyenne présente un certain aplatissement.

Il faut cependant distinguer les cas où il y aurait météorisme en même temps qu'ascite; car alors, les intestins distendus par

les gaz, flottent au-dessus du liquide et s'amoncèlent autour de l'ombilic, de manière à donner à la surface abdominale la même forme de demi-ovoïde dont nous avons parlé.

La forme du ventre varie suivant que le malade s'incline sur l'un ou l'autre côté. Dans ce cas, le liquide occupant toujours le point déclive, les intestins plus légers remontent ordinairement aux parties supérieures. Le ventre devient donc plus saillant vers les parties déclives, tandis que les points opposés s'affaissent, à moins qu'il n'y ait météorisme.

A mesure que les parois du ventre se tendent par l'augmentation du liquide sécrété, la peau amincie en certains points, est marquée de marbrures qui annoncent son éraillement, comme chez les femmes enceintes. L'ombilic, moins résistant que le restant des parois, cède sous la pression, et forme un relief qu'on peut représenter par un dé à coudre renversé.

L'épanchement péritonéal peut se faire rapidement ou lentement. Dans le premier cas, les parois cèdent, dans leur partie la moins solide, au niveau de la ligne blanche; dans le second, au contraire, la pression étant lente et graduelle, ce sont les parois latérales qui se distendent, et on dirait que l'imbibition dont elles sont le siége favorise leur relâchement.

Il n'est pas douteux qu'il s'opère une vraie imbibition de proche en proche. Nous n'en voulons pour preuve que ces ascites avec infiltration des parois du ventre, sans qu'il y ait infiltration sous-cutanée ailleurs. C'est par le mécanisme que se produit l'œdème de la paroi thoracique correspondante au côté frappé d'hydrothorax.

L'ascite arrivée à un point avancé de son développement est facile à reconnaître. La plus grande ampliation de l'abdomen en constitue déjà le principal signe. Cependant, comme il est d'autres maladies ou d'autres circonstances qui peuvent donner lieu à ce développement, il s'agit de préciser les signes au moyen desquels on peut la reconnaître sans erreur.

A. *Signes propres à faire reconnaître l'ascite.*

Marche, terminaison. Les maladies ou états anormaux qui peuvent simuler l'ascite sont : l'hydropisie des ovaires, l'hydrométrie, la tympanite de la matrice, la grossesse chez la femme,

les hydropisies enkystées du ventre, la pneumatose, l'infiltration des parois abdominales dans l'un et l'autre sexe.

La palpation exercée avec les deux mains simultanément est, dans la majorité des cas, un bon moyen de reconnaître l'ascite peu avancée, par la sensation d'un liquide qu'on déplace par des manipulations un peu fortes. Si, une main appliquée sur un côté du ventre, on percute le côté opposé avec un ou plusieurs doigts de l'autre main, celle-là peut percevoir la sensation d'une ondée liquide qui vient heurter contre les parois. Ces signes peuvent faire complétement défaut quand la collection séreuse est minime.

M. Lévy a indiqué, pour ce cas, un autre moyen de diagnostic. Mettant les parois du ventre dans le relâchement par la demi-flexion du tronc et des cuisses sur cette cavité, il donne une chiquenaude sur l'une des fosses iliaques. A l'instant succède à cette secousse une ondulation qui, partant des points percutés et sensible à la vue, va aboutir aux parties supérieures correspondantes. Ce signe aurait, suivant M. Lévy, une grande valeur pour déceler l'existence d'une ascite obscure et peu étendue.

De tous les moyens d'investigations, la percussion médiate est, sans contredit, le plus sûr pour mettre sur la voie d'un épanchement péritonéal, quelque minime qu'il soit. En imprimant au malade des positions inclinées, la percussion donne sur les points déclives un son mat, humorique, qui cesse où finit le liquide. On a alors aux parties supérieures une résonnance intestinale, résonnance claire ou demi-claire, suivant que les intestins sont distendus par des gaz ou contiennent des gaz et des excréments. On doit une souveraine justice à M. Piorry, qui, dans ces cas obscurs, a rendu un grand service à la science par la plessimétrie.

Ce professeur conseille d'appuyer fortement le plessimètre sur les parois abdominales qu'on déprime, puis de percuter pour obtenir le son humorique et la résistance du liquide; en relevant ensuite l'instrument un peu brusquement, et percutant superficiellement, on obtient la résonnance et la flexibilité intestinales. En parcourant ainsi tout l'abdomen, on peut tracer tous les points où existe le liquide. M. Piorry conseille encore de faire coucher le malade sur un côté, d'attendre quelques instants pour que le

liquide, franchissant la barrière momentanée que lui opposent les intestins, ait eu le temps de descendre; puis, après avoir percuté, on marque le niveau du liquide avec le crayon au nitrate d'argent. Tous les jours, en mettant le malade dans la même position, on peut s'assurer de l'augmentation ou de la diminution de la collection, par le déplacement du niveau.

Il peut arriver cependant que des brides anciennes et fortes retiennent le liquide et l'empêchent d'aborder les parties déclives. Il est important alors, en cas de doute, de percuter dans divers points et en des positions variées; la résonnance humorique et la résistance du liquide indiqueront toujours sa présence.

Avec l'augmentation du ventre, ses parois s'amincissent quelquefois au point de devenir transparentes; alors on peut voir ramper à sa surface les rameaux veineux distendus, et quelquefois des ramuscules ayant acquis le calibre d'un tronc secondaire. M. Reynaud a signalé cette circonstance à l'attention des cliniciens. Il donne ce développement anormal des veines cutanées comme moyen de reconnaître que l'ascite dépend d'un obstacle au cours du sang veineux.

Si la peau pâlit chez les ascitiques, elle devient aussi quelquefois sèche et terreuse dans une période avancée. Rarement les organes de la digestion conservent leur intégrité de fonctions; ils sont presque toujours le siége de quelques troubles, de vomissements, de diarrhée portée parfois à un point extrême et qui mérite alors l'intervention de la thérapeutique. Les malades éprouvent à peu près constamment un sentiment de pesanteur dans divers points du ventre, mais surtout à l'épigastre et aux lombes. Les urines, souvent rares, peuvent être acides, alcalines ou neutres; elles donnent quelquefois lieu à un sédiment rouge briqueté; dans des cas plus rares, elles précipitent de l'albumine. L'exhalation des diverses surfaces est, d'ordinaire, d'autant plus ralentie que l'ascite est plus avancée. Les malades finissent par tomber dans la faiblesse et l'apathie.

La résolution de l'ascite est indiquée par la diminution du liquide, et c'est la percussion qui est le plus sûr moyen d'en mesurer les progrès. La collection séreuse peut se résorber activement, brusquement, ou avec lenteur et graduellement, ou bien d'une manière irrégulière. C'est tantôt à l'occasion de quelque sé-

crétion spontanément suractivée qu'a lieu la résorption; tantôt ces mêmes phénomènes sont suscités par l'art. Tels sont la diurèse, la diarrhée, les vomissements séreux, la diaphorèse.

Les métastases séreuses qui donnent lieu à la disparition de l'ascite sont rares; fort rare est encore l'élimination du liquide par une ouverture cutanée, à la suite de la trop grande distension des parois du ventre. On trouve dans la science quelques exemples de guérison complète par ce bienfaisant procédé de la nature.

Parfois, ainsi que l'indique M. Andral, certains ascitiques, après avoir subi vainement des traitements nombreux et divers, se trouvent débarrassés assez promptement du liquide qui formait la collection, sans que cet effet puisse être attribué à celui des médications mises en œuvre. Le professeur de la Charité cite un exemple où l'élimination du liquide se fit en vingt heures. Nous-mêmes, avons vu, en 1847, à Givet, un militaire ascitique depuis deux mois, qui, de la visite du soir à celle du lendemain matin, se trouva débarrassé complétement de la suffusion séreuse, au point de passer à l'état de squelette. Ce malade succomba le surlendemain; la résorption du liquide l'avait laissé dans une prostration indicible, comme si ce liquide qui l'infiltrait lui eût tenu lieu de sang. Il avait rendu 22 litres d'urine dans l'espace de 17 heures, sans le secours d'aucune médication récemment employée.

De pareils exemples sont assez fréquents; mais il s'en faut de beaucoup que cette brusque élimination soit toujours au profit des malades. Souvent, au contraire, elle leur paraît funeste, et en cela nous sommes heureux de nous trouver en conformité d'opinion avec M. Andral.

Dans d'autres circonstances, le liquide se résorbe sans qu'aucune exhalation paraisse suractivée; reste à se demander alors ce qu'est devenu le sérum épanché. Le raisonnement conduirait à penser qu'il s'additionne à la masse du liquide sanguin en circulation.

Mais la résolution de l'ascite n'est pas toujours possible, elle est loin d'avoir lieu constamment. Alors, ou des accidents consécutifs se montrent pour s'ajouter aux frais de la maladie initiale, et le malade finit par succomber à ces divers désordres; ou bien

la collection abdominale, arrivée à un point considérable, suscite une infiltration des extrémités inférieures, autant par effet de capillarité ou d'exosmose que par la compression qu'elle exerce sur les vaisseaux iliaques; enfin, l'infiltration peut devenir générale par le trop plein de la cavité du ventre énormément distendu, sans qu'il y ait eu une cause à retentissement général. Dans ces derniers cas, l'art est obligé d'intervenir par une opération.

B. *Diagnostic différentiel de l'ascite et des maladies ou états anormaux qui peuvent la simuler.*

La pneumatose donne au ventre un développement qui peut égaler celui de l'ascite la plus avancée. Mais, outre que dans la première on ne saurait percevoir d'ondée liquide, la percussion éclaire le diagnostic d'une manière parfaite. Dans la pneumatose, le son rendu à la percussion est clair, tympanique, aérien; il est mat, humorique, quand la cavité est remplie de liquide. Il est vrai que l'ascite peut se compliquer de pneumatose. En ce cas encore le diagnostic ne restera pas obscur pour le praticien, car le son mat rendu par les parties déclives, joint à une certaine fluctuation profonde, indiquera que le liquide occupe ces limites, tandis que le son clair, sur les parties proéminentes de l'abdomen, fera connaître que les intestins distendus par des gaz surnagent au liquide épanché. Ces signes seuls seraient suffisants déjà pour distinguer l'ascite de la pneumatose et diagnostiquer la complication, lors même que le commémoratif ne viendrait pas ajouter ses lumières habituelles. Quand l'hydropisie enkystée des ovaires est peu développée, le diagnostic ne peut être difficile à cause de la présence d'une tumeur facilement appréciable, bien limitée, et rendant un son mat à côté du son clair ou demi-clair, dû à la présence des intestins qui l'avoisinent.

M. Rostan est le premier qui est parvenu à poser, d'une manière nette et précise, le diagnostic différentiel des hydropisies enkystées volumineuses avec l'ascite. S'étayant de ce fait déjà signalé par Frank, que, dans l'ascite, les intestins se trouvent vers l'ombilic, ce professeur dit qu'il a rencontré, dans tous les cas d'ascite, un son tympanique dans cette région, indiquant la présence des intestins qui flottent au-dessus du liquide. Il ajoute en-

suite qu'explorant le ventre de malades atteints d'hydropisies enkystées considérables, il a trouvé la fluctuation manifeste dans ce point (autour de l'ombilic), ou à la partie la plus saillante; tandis que sur les côtes ou les parties les plus déclives, il obtenait, à la percussion, un son tympanique dû à la présence des intestins refoulés par la tumeur.

Mais ce signe peut se trouver en défaut pour plusieurs motifs: les intestins peuvent ne pas contenir des gaz; la tumeur peut être si grande que le mésentère ne soit pas assez développé pour permettre aux intestins de se placer sur ses côtés; ou bien encore, les intestins refoulés par la tumeur peuvent venir, en partie, se placer au-devant d'elle.

La plessimétrie est alors appelée à juger la question en dernier ressort. M. Piorry a fort bien dépeint les différentes situations que peut affecter le kyste par rapport aux intestins. Souvent il n'occupe pas les parties les plus déclives, et quelques intestins lui sont inférieurs. Ordinairement fixe, il peut être mobile et laisser derrière ou à côté de lui des anses intestinales. S'il est développé à droite, les intestins sont à gauche, *et vice versâ*, ce qui a lieu pour l'hydropisie de l'ovaire.

Le son rendu par la percussion du kyste est plus mat que celui de l'ascite, il est presque jécoral. On trouve, tantôt dans toute, tantôt dans partie de l'étendue sous-jacente à la tumeur, un son tympanique dû à la présence d'anses intestinales. Les changements de position n'empêchent pas d'entendre le son tympanique sur les mêmes points, si des organes creux, contenant des gaz, se trouvent au-dessous de la tumeur. Si le kyste est recouvert par beaucoup d'intestins, en déprimant avec le plessimètre, on obtient un son mat au sommet, et un son clair sur les côtés. Le côté où se trouvent les intestins indique que la tumeur est de l'autre côté.

On voit donc qu'avec l'habitude de manier le plessimètre, l'ascite, même dans les cas les plus obscurs, ne peut être confondue avec l'hydropisie enkystée.

L'hydropisie enkystée du ventre, qui provient de kystes adhérents au foie, à la rate, se distingue par une forme plus ou moins arrondie, assez nettement dessinée du côté de ces organes, et contrastant avec la flaccidité des parois abdominales dans le sens

opposé. Les kystes développés aux dépens du péritoine, sont plus ou moins volumineux et faciles à distinguer par leur saillie, leur immobilité causée par des adhérences, et la matité du son qu'ils rendent à la percussion, contrastant avec le son intestinal qui a lieu aux divers points de leur circonférence.

Le seul cas où le kyste s'étendrait de l'apophyse xyphoïde au pubis, et d'un flanc à l'autre, rendrait le diagnostic très-obscur; mais le son clair, rendu à la percussion, dans les parties latérales et profondes où sont refoulés les intestins, et la matité généralisée à toute la surface antérieure de l'abdomen, malgré les divers changements de position imprimés au malade, ne laisseraient plus de doute sur la nature de l'hydropisie.

Quoique l'hydrométrie soit assez rare, il ne faut point oublier qu'elle se développe du pubis vers l'ombilic ou l'épigastre, sans emplir les fosses iliaques où sont refoulés alors les intestins. La lenteur et la direction de son développement, la fluctuation fort profonde du liquide, la suspension des règles, un sentiment de pesanteur sur le rectum et au passage, enfin le commémoratif joint au peu d'altération des fonctions de nutrition, tout cela empêche de la confondre avec l'ascite.

Il est arrivé fréquemment que des médecins ont été embarrassés pour distinguer une ascite d'une grossesse, et on trouve dans la science des erreurs grossières à cet égard. On comprend l'erreur quand, avec la grossesse, il y a en même temps ascite; dans le cas contraire la méprise est difficile.

Les signes fournis par les organes génito-urinaires et les mamelles, le développement du ventre plus proéminent à la région hypogastrique, même dans la position horizontale, la conservation de la santé, la brusque disparition des règles, l'absence de fluctuation dans les points où on devrait la rencontrer s'il y avait ascite, l'absence de tout signe morbide qui pourrait justifier cet épanchement, voilà tout autant de signes qui doivent sauvegarder le médecin de l'erreur. A une époque plus avancée, du troisième au quatrième mois, le bruit du souffle utérin, les battements du cœur du fœtus, les mouvements de ce nouveau produit, le ballottement qu'on peut imprimer à la matrice par le col, sont des signes d'une valeur positive et qui ne peuvent permettre aucune confusion. Il suffit même que quelqu'un d'eux existe, en l'ab-

sence de tout signe positif d'ascite, pour éviter une erreur compromettante pour le médecin.

Quand l'ascite se joint à la grossesse, à une époque où la première s'accroît en même temps que l'utérus dépasse l'ombilic (sixième mois), il survient des défaillances, de l'anorexie, des étouffements, et le ventre a acquis un volume qui n'est pas en rapport avec l'état actuel de la gestation. Ces signes sont déjà suffisants pour faire supposer la complication. Si, avec cela, les extrémités inférieures sont infiltrées, si par-dessus tout les urines sont albumineuses, le diagnostic se raffermit.

La réplétion considérable de la vessie ne saurait jamais simuler une ascite, tant à cause des antécédents que par la forme de la tumeur et la différence des sons perçus, suivant qu'on percute sur celle-ci ou en dehors.

L'infiltration des parois abdominales peut obscurcir le diagnostic de l'ascite; mais en exerçant la percussion sur tous les points avec le plessimètre qui déprime fortement les parois, l'erreur se dissipe bientôt.

Nous croyons qu'à l'aide des différents signes que nous venons de passer rapidement en revue, le diagnostic de l'ascite devient facile pour chaque praticien. Reste à déterminer si l'on peut, avec la même rigueur, établir son diagnostic différentiel sous le rapport étiologique, c'est-à-dire si l'on peut toujours reconnaître à laquelle de nos classes et à quel genre appartient la suffusion séreuse.

C. *Différences entre les diverses ascites, tant sous le rapport séméiologique que sous celui de l'anatomie-pathologique, — diagnostic différentiel.*

Nous avons énoncé que nous distinguions les ascites en celles qui apparaissent primitivement seules et en celles qui apparaissent accompagnées ou précédées d'anasarque ou d'autres suffusions séreuses. Par cette manière d'embrasser la question, nous arrivons de suite sur la meilleure voie du diagnostic différentiel.

Les ascites primitivement seules reconnaissent toujours une cause agissant localement, c'est-à-dire ne donnant lieu à la suffusion séreuse que dans la cavité du péritoine, sur les parois ou au sein duquel elle a manifesté sa puissance d'action.

1° Ascite par irritation sécrétoire.

En procédant par ordre, nous trouvons d'abord dans cette catégorie l'ascite par irritation congestive ou sécrétoire. C'est la seule, à nos yeux, qui puisse représenter convenablement celle que les auteurs ont dénommée idiopathique. Son développement est d'autant plus actif, et accompagné de phénomènes de réaction fébrile, que le sujet offre une constitution plus robuste et que l'irritation qui produit la congestion agit avec plus d'énergie. Ces deux conditions sont les deux seuls régulateurs du plus ou moins d'acuité que l'ascite met dans sa marche et son développement.

Ce genre d'ascite est beaucoup plus rare qu'on ne le pense. Cependant, quand sur un sujet jeune, ou dans le fort de l'âge, vigoureux ou débilité, survient spontanément une hydropisie péritonéale sans autre suffusion séreuse ; quand l'apparition de cette hydropisie est précédée d'un frisson, accompagnée d'un trouble général qui se traduit par un mouvement fébrile, de la céphalalgie, du malaise, de la soif, etc., quand il n'y a aucune douleur dans l'abdomen, ni aucune tumeur d'aucun genre qui puisse donner la raison de l'épanchement, on peut déjà supposer qu'il est dû à l'irritation congestive du péritoine. Le diagnostic se raffermira si le sujet a été soumis à un refroidissement antérieur qui a supprimé ou diminué quelque exhalation importante, si quelque flux habituel normal ou anormal a cessé, si quelque affection cutanée aiguë ou chronique a disparu brusquement, si les urines enfin ne sont point albumineuses et n'indiquent point une altération rénale.

On ne saurait confondre avec cette ascite que celle qui résulte d'une phlegmasie chronique du péritoine ; mais, dans cette dernière, il y a ordinairement un peu de douleur qui la précède ou l'accompagne. Il y a assez souvent une diathèse tuberculeuse qui l'indique; les troubles ont amené un appauvrissement plus considérable de l'économie, et le commémoratif fournit à peu près constamment quelque lumière décisive.

L'hydropisie péritonéale consécutive à la néphrite albumineuse aiguë pourrait peut-être aussi offrir matière à confusion pour un praticien peu exercé. Mais s'il n'oublie point que celle-ci ne dé-

bute presque jamais seule, qu'elle est toujours accompagnée d'anasarque, que les urines, outre qu'elles sont rares et rouges, précipitent de l'albumine en quantité notable, et que le plus souvent il y a des douleurs lombaires caractéristiques, il évitera toute chance d'erreur.

L'ascite par irritation congestive est rapide dans sa marche comme dans sa disparition, si le traitement est bien approprié. La jeunesse, le tempérament sanguin sont les circonstances qui y prédisposent; une foule de causes capables de produire l'hypérémie péritonéale la suscitent. Les altérations anatomiques en sont difficiles à saisir, parce que rarement les sujets qui en sont atteints succombent, à moins qu'ils ne soient tués par une maladie intercurrente ou une complication.

A l'autopsie, on ne trouve d'autres lésions, sur la membrane péritonéale que celles que laisse après elle l'hypérémie, lésions bien superficielles et difficilement appréciables, telles que l'injection vasculaire, si le malade succombe de bonne heure. Cette injection, qu'on a voulu prendre comme le premier degré de l'inflammation, est loin d'offrir ce caractère, si d'autres signes, tels qu'une exsudation plastique, la présence de globules de pus, ne viennent s'y joindre.

Le liquide de cette ascite est ordinairement clair et citrin, à moins qu'il n'y ait eu hémorrhagie concomitante, auquel cas il est hématique. Cette sérosité, tout en contenant de l'albumine en bonne quantité, en contient moins que le sérum du sang. C'est surtout ce caractère anatomique qui distingue cette ascite de celle résultant de la péritonite chronique, dont le sérum, outre les globules de pus qu'il peut contenir, donne à l'analyse une plus grande quantité d'albumine que le sérum du sang.

2° Ascite par péritonite aiguë ou chronique.

L'épanchement qui succède à la péritonite aiguë est facile à distinguer pathologiquement et anatomiquement. Les caractères si saillants de la péritonite préexistante pendant la vie, la nature du liquide et les altérations de la séreuse, après la mort, empêchent toute méprise. Ici, en effet, on a des membranes

non-seulement rouges, mais recouvertes, en tout ou en partie, d'exsudations plastiques sous forme de fausses membranes, de pus concret. Le liquide citrin, ou louche, ou purulent, contient des flocons albumineux en suspension en plus ou moins grande quantité. Il peut être mélangé de pus, ou contenir des globules purulents ou pyoïdes qu'on reconnaît parfaitement au microscope. Ce liquide floconneux peut encore être rouge, hématique, et les pseudo-membranes peuvent offrir la même couleur. Les anses intestinales sont fort souvent soudées ensemble par l'exsudation plastique, etc.

Il n'est pas besoin d'indiquer tous les signes de la péritonite pour voir combien ce genre d'ascite se distingue de tous les autres.

Il en est de même pour l'ascite par péritonite subaiguë. Ici les accidents pathologiques comme les phénomènes anatomiques, pour être moins prononcés que dans le cas précédent, n'en conservent pas moins leur cachet propre.

L'ascite par péritonite chronique ne laisse point un diagnostic obscur si la péritonite chronique a succédé à l'aiguë ; mais quand elle a ce caractère dès le commencement, les choses changent de face. Cependant le commémoratif indique encore, dans la majorité des cas, des douleurs révélatrices, des vomissements et des troubles qui appartiennent en propre à la phlegmasie du péritoine. Dans quelques cas exceptionnels seulement, la péritonite aura été tout à fait latente et indolore. Broussais a révélé et parfaitement dépeint ces cas, où la confusion est facile. Il faut tout interroger, commémoratif et phénomènes actuels ; il ne faut point perdre de vue que toute ascite qui débute seule est produite, au moins directement, par une cause locale. Faisant alors de l'exclusion au moyen des signes positifs et négatifs, on arrive à la vérité. En effet, si la percussion ne donne aucune augmentation de volume au foie ou à la rate, s'il n'y pas, à la surface abdominale, ce développement anormal du réseau veineux superficiel qui indique un obstacle à la circulation du système de la veine porte ; s'il n'y a jamais eu trace de tumeur abdominale ; si, à une date antérieure, il n'a pas existé des douleurs fixes des reins, pour attester une affection de ces organes ; si une teinte jaune ictérique préexistante ne rappelle une cirrhose du foie ; si

aucune trace d'affection organique du cœur ne peut, jointe à une irritation du péritoine, justifier l'ascite ; si, enfin, il n'y a eu ni suppression d'écoulement normal ou anormal, d'affection herpétique aiguë ou chronique, on reste en présence d'une ascite par irritation congestive ou sécrétoire, ou par péritonite chronique. Le jugement reste suspendu alors entre deux points restreints et faciles à éclaircir. En effet, la détérioration du sujet, à moins que l'ascite n'existe depuis fort longtemps, enlève toute idée d'irritation congestive ; l'émaciation n'est propre qu'aux affections chroniques, et l'irritation congestive est un état aigu : de plus, l'irritation congestive donne lieu à une ascite facile à dissiper avec une médication appropriée. La ténacité, la résistance à tout traitement est, au contraire, le propre de l'ascite par péritonite chronique. Enfin, pour peu qu'on ait des motifs de supposer l'existence de cette dernière affection, tels qu'une tuberculisation générale, une cachexie tuberculeuse facile à constater et l'un des plus puissants moteurs de la péritonite chronique, le diagnostic se montre avec toute sa clarté.

Il est cependant encore des circonstances qui peuvent l'obscurcir. Ainsi l'on sait, et nous avons dit, que la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité abdominale peut susciter la péritonite chronique ; et celle-ci, se traduisant alors par des signes certains, peut être supposée la cause d'un épanchement qui, en définitive, ne lui appartient pas, mais à l'augmentation duquel elle a poussé seulement par son existence. Il sera encore assez facile au praticien de regarder la péritonite comme effet d'abord, puis comme cause secondaire, s'il remonte habilement tous les gradins du double état pathologique pour arriver, par, le commémoratif, à la cause initiale réelle.

La *marche* de l'ascite consécutive à la péritonite est subordonnée à celle de la phlegmasie péritonéale, comme elle lui emprunte aussi ses degrés de gravité. Cette marche est donc nécessairement variable ; tantôt brusque et rapide, elle est d'autres fois lente, sourde, graduée ou irrégulière. Sa durée est très-variable aussi et impossible à déterminer d'une manière générale : peu longue quand il s'agit d'un épanchement consécutif à une péritonite aiguë ou subaiguë, elle peut aller un temps considérable quand l'épanchement est dû à une péritonite chronique, à moins

que la gravité de la cause qui a suscité la péritonite, des tubercules par exemple, n'entraîne déjà par elle-même une issue funeste et rapide. Cette durée est subordonnée encore à l'effet des médications mises en usage avec plus ou moins d'à-propos.

En tout cas, l'épanchement péritonéal qui nous occupe est toujours d'une gravité prononcée. Provient-il d'une phlegmasie aiguë ou subaiguë? En supposant que le premier état pathologique (l'inflammation) ait cessé, il se trouve mêlé à de telles altérations organiques, que la résorption du liquide est assez difficile pour un temps, et la chronicité semble devoir en être l'aboutissant presque nécessaire. Si l'état phlogistique continue, c'est alors une ascite entée sur une chronicité d'autant plus redoutable. En définitive, dans la péritonite aiguë ou subaiguë, ce n'est pas l'épanchement lui-même qui tue le malade, mais il se lie à des lésions pathologiques redoutables.

L'ascite succède-t-elle, au contraire, à la péritonite chronique, latente, ce qui est le cas le plus ordinaire, les récidives sont fréquentes, la durée longue, le danger imminent, et souvent, quand on croit avoir guéri son malade, on voit survenir une deuxième édition qui l'enlève. Broussais avait fort bien entrevu et dépeint cette vérité fondée sur l'aperçu des désordres cadavériques, et il ajoutait qu'il fallait beaucoup se méfier des prétendues cures de pareilles ascites, entre les mains de certains médecins qui rapportent la mort qui survient plus tard à des accidents qui n'ont aucune liaison avec ceux par eux précédemment combattus.

Il en est de l'ascite consécutive à la péritonite chronique comme de ces épanchements qui résultent des pleurites latentes. Certes, l'une comme les autres ne sont pas incurables; malheureusement, dans la pluralité des cas, ce sont des tubercules qui suscitent et entretiennent les phlegmasies latentes des séreuses; avec des conditions pareilles, on peut bien concevoir et on voit quelquefois, en effet, la résorption du liquide épanché. Mais, la cause initiale persistant, tout porte à croire que phlegmasie chronique et épanchement consécutif ressusciteront d'un moment à l'autre. Le pronostic est moins grave quand la phlegmasie chronique n'est pas liée à la tuberculisation ou à des dégénérescences diverses.

3° Ascite par obstacle à la circulation dans la veine porte.

L'ascite par obstacle à la circulation dans le système de la veine porte, ou ascite asthénique, passive, de M. Bouillaud et autres, est d'un diagnostic obscur.

Les anciens avaient bien signalé les ascites par augmentation du volume du foie, de la rate, par obstruction des viscères abdominaux ; mais aujourd'hui, ce mot obstruction des viscères abdominaux implique une grande confusion d'idées.

En effet, quand le foie, la rate, sont hypertrophiés, l'ascite est loin de survenir constamment (1). Quand ces organes sont le siége de tumeurs cancéreuses, hydatiques, etc., si l'ascite survient, ce n'est souvent que vers la fin de la maladie, et alors on peut supposer, outre ces lésions, soit une altération du sang, soit la compression ou l'anéantissement, par ces tumeurs, d'une grande partie des veines qui sillonnent ces organes.

D'autre part, il suffit que dans bons nombre de cas, les hypertrophies, les tumeurs du foie ou de la rate existent sans ascite, pour qu'on soit en droit de conclure qu'il faut qu'avec la dégénérescence, il y ait abolition ou compression d'un nombre de vaisseaux veineux, ou altération consécutive du sang, quand l'ascite survient.

M. Andral fait remarquer que l'ascite est bien plus fréquente quand il y a induration rouge, blanche, grise ou verte du parenchyme hépatique. Il ajoute qu'on l'observe surtout à peu près constamment dans les cas de diminution du volume du foie, si cette diminution porte sur les deux substances, ou si la blanche est hypertrophiée et la rouge atrophiée (2), ou bien, enfin, si, sans avoir diminué de volume, cette dernière est devenue moins vasculaire, ce que l'on désigne sous le nom de cirrhose.

C'est que dans ces cas, en effet, il y a compression ou oblité-

(1) Sur cent sujets porteurs d'hypertrophie énorme de la rate, suite de cachexie paludéenne, dont vingt-sept avec hypertrophie concomitante du foie, et que nous avons examinés avec détail, sept seulement offraient des traces d'ascite seule ou avec anasarque. (*Gazette des Hôpitaux*, 17 juillet 1851, *Mémoire sur l'influence des engorgements du foie et de la rate sur l'ascite.*)

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 329.

ration des vaisseaux sanguins qui sillonnent ces portions de la glande hépatique, oblitération révélée par l'impossibilité d'y faire pénétrer une injection : l'ascite a lieu alors par obstacle à la circulation veineuse.

Il faut nécessairement conclure que, dans tous ces cas d'intumescence du foie ou de la rate, si l'ascite apparaît, elle est due ou à la gêne de la circulation dans le système de la veine porte, et l'ascite se montre alors primitivement seule, point important pour le diagnostic ; ou bien, elle est tout autant le résultat d'une altération consécutive du sang que de la gêne dans la circulation abdominale, et elle débute en compagnie de l'anasarque. C'est le premier cas qui nous occupe en ce moment. — Outre les diverses tumeurs ou dégénérescences du foie et de la rate, il y a encore d'autres causes d'obstacle à la circulation du sang veineux abdominal : telle est l'oblitération d'un tronc veineux principal par adhésion des parois à la suite d'une phlébite, ou par formation spontanée d'un caillot, sans phlébite préalable ; telles sont les tumeurs ou brides qui compriment un tronc veineux important.

Cherchons maintenant à préciser les signes divers qui servent à distinguer ce genre d'ascite.

Elle a tous les caractères de celles dites passives. Elle se développe lentement, graduellement et sans mouvement fébrile dans la plupart des cas, ce qui la distingue des ascites par irritation congestive et par phlegmasie aiguë et subaiguë du péritoine. Elle ne pourrait donc être confondue qu'avec celles qui succèdent à la péritonite chronique et latente. Mais si les parois abdominales sont sillonnées par des veines dilatées qui rampent à leur surface ; s'il y a signe de tumeur ou dégénérescence du foie, de la rate, du pancréas ou de quelque autre organe de l'abdomen, on aura à peu près la certitude d'une ascite par obstacle au cours du sang dans le système de la veine porte. Si, au contraire, le liquide empêche de reconnaître des tumeurs, s'il n'y a pas eu d'ictère caractéristique, tout reste dans l'obscurité. C'est alors que le réseau veineux développé sur le ventre fournit de vives lumières au diagnostic, comme signe d'une circulation collatérale supplémentaire. Mais ce réseau se montre dans presque tous les cas d'ascite très-avancée, quand la peau est amincie : il

perd donc notablement de la valeur que lui accorde M. Reynaud. En définitive, il ne reste alors, comme dans les cas de cirrhose du foie, que les signes négatifs qui, en excluant l'idée d'ascite par péritonite latente, puissent faire pencher pour celle-ci. On voit que le problème n'est pas toujours facile à résoudre.

L'ascite par obstacle à la circulation peut exister à un point même assez notable, sans éveiller l'attention de l'individu qui en est porteur. C'est qu'alors, en effet, la collection dans le péritoine existe seule : les pieds, les jambes, la face ne sont pas encore œdématiés, ce qui peut arriver plus tard à une période avancée, et d'une manière consécutive; s'il existe quelques troubles, tels que dispepsies, flatuosités, gêne de la respiration après le repas, fatigue générale, le malade est loin de rapporter ces phénomènes à leur vraie cause, et ne se regarde que comme atteint d'une indisposition passagère. Mais plus tard, quand il maigrit, pâlit et devient jaune, quand le ventre proémine fortement, quand, conjointement à l'épanchement abdominal, les pieds et les jambes enflent, il ne lui reste plus d'illusion. A une époque plus avancée s'allume de la fièvre; la langue devient rouge, sèche, brunâtre, la respiration inégale, accélérée; des vomissements répétés et quelquefois une diarrhée rebelle apparaissent. La peau devient chaude, sèche et terreuse dans les points qui ne sont pas infiltrés. Le malade arrive à un abattement profond en conservant toute sa connaissance et ayant la conscience de sa mort prochaine, qui, alors, ne tarde pas à arriver. Du reste, cette marche est aussi celle de l'ascite par péritonite chronique et de bien d'autres qui dépendent, par exemple, d'une cause à action générale.

La plupart des ascites par obstacle au cours du sang veineux sont incurables, par la raison que cet obstacle résidant dans une affection organique du foie, de la rate, du pancréas, ou étant causé par des tumeurs abdominales, ne peut être surmonté. Quand il n'y a qu'oblitération d'un tronc veineux par caillot formé spontanément, on comprend la possibilité d'une guérison, et c'est là que nous admettons les bienfaits d'une circulation collatérale supplémentaire. Les cas de guérison rapportés par MM. Bouillaud et Reynaud doivent avoir trait à des lésions pareilles.

§ IV. — Ascites apparaissant précédées ou accompagnées d'anasarque ou d'autre suffusion séreuse.

Passons maintenant aux ascites qui apparaissent précédées ou accompagnées d'anasarque ou de suffusion séreuse généralisée. Ici le diagnostic différentiel n'offre plus de sérieuses difficultés. Il est le même que celui de l'anasarque, puisque l'ascite n'est qu'un des chaînons proéminents de la suffusion séreuse générale, à laquelle donne lieu une cause qui étend son action immédiate à l'universalité des surfaces sécrétantes.

Voir apparaître une ascite qui a été précédée d'œdème des extrémités inférieures ou de la face, ou même de toutes ces parties à la fois, c'est avoir l'un des plus puissants signes diagnostiques, puisqu'on sait qu'on a affaire alors à une cause dont l'influence est générale. Nous avons eu soin déjà de distinguer de celle-ci, l'ascite qui serait suivie des mêmes œdèmes : cette circonstance n'implique point l'idée d'une cause agissant généralement, car elle peut être uniquement le résultat de l'épanchement abdominal lui-même, soit par la compression qu'il exerce sur les gros vaisseaux, soit par effet d'imbibition de proche en proche, par capillarité, ou par ces deux mécanismes réunis.

Et maintenant, une fois ces données bien établies, quand il s'agit d'une ascite précédée ou accompagnée d'anasarque ou d'autres suffusions séreuses, le diagnostic différentiel ne devient-il pas commode, si l'on se reporte à ce que nous avons écrit au sujet de celui de la première, et n'est-il pas le même que celui de l'anasarque ou autre suffusion séreuse à laquelle elle s'enchaîne

L'examen analytique des urines partage de suite ces ascites, comme les anasarques, en deux classes : celles à urines coagulables, et celles à urines non coagulables. Les premières procèdent de la maladie de Bright, néphrite albumineuse aiguë ou chronique de M. Rayer, où l'altération du sang (anémie albuminurique) est toujours au fond, soit comme conséquence, soit comme point de départ : ce sont des ascites par altération des solides et du sang. Il faudra aller rechercher ailleurs la cause des secondes. Voilà qui est bien tranché.

L'ascite à urines albumineuses peut, comme l'anasarque, se

présenter avec des phénomènes d'acuité, une réaction fébrile plus ou moins prononcée, ou être apyrétique, lente et irrégulière dans son développement, suivant que la lésion rénale ou l'altération sanguine résultent de troubles rapides, à marche brusque et hardie, ou de circonstances inverses; suivant qu'il s'agit d'un sujet vigoureux, énergique, ou d'un individu faible, épuisé, cachectique.

Toutefois, il ne faut point perdre de vue que les règles que nous traçons ici ne sont point toujours celles auxquelles s'astreint la nature, et que telle ascite résultant d'une néphrite albumineuse primitivement chronique peut, à un instant donné, revêtir des phénomènes d'acuité par suite d'hypérémie sur les reins malades, ou d'exacerbation de la lésion rénale elle-même. De même, l'ascite qui procède avec acuité, succédant à une néphrite albumineuse aiguë, peut passer à la chronicité, ainsi que la lésion qui lui a donné naissance.

Durant le cours d'une ascite liée à la néphrite albumineuse, il peut arriver que les urines cessent de précipiter de l'albumine; mais cette circonstance est de courte durée pour la néphrite chronique, et si elle se maintient pour l'aiguë, il est d'autres désordres tels que douleurs de reins, troubles du côté du tube digestif, et tant d'autres que nous avons signalés ailleurs, qui mettent pleinement sur la voie du diagnostic.

Dans l'ascite précédée ou accompagnée d'anasarque, quand les urines ne donnent aucun précipité albumineux par les procédés que nous avons décrits ailleurs, il faut rechercher sa cause soit dans une altération du sang, soit dans une altération des solides (affections du cœur ou des gros vaisseaux), soit dans la double altération du sang et des solides, et c'est ici que les diverses dégénérescences du foie ou de la rate, du pancréas, de la matrice, etc., les tumeurs abdominales, jouent un rôle important. C'est encore ici que les divers exanthèmes aigus ou chroniques agissent comme cause, autant par l'altération des solides que par celle consécutive du sang. On n'a qu'à bien se rappeler ce que nous avons écrit à ce sujet en parlant des hydropisies en général.

Il serait parfaitement superflu de nous appesantir sur le diagnostic différentiel de ces diverses ascites, compagnes inséparables

rables de l'anasarque, puisqu'elles découlent de la même origine; c'est au diagnostic différentiel de celle-ci qu'il faut s'adresser pour ne pas faire fausse route.

Cependant, il est quelques points sommaires qu'il ne sera peut-être pas inutile de remettre sous les yeux des lecteurs.

L'ascite précédée ou accompagnée d'anasarque, survenant comme elle avec une certaine brusquerie, se développant avec rapidité, accompagnée de réaction fébrile chez un sujet bien portant, ou jeune et abondant de sang, sans qu'il y ait le moindre signe d'altération des solides capable de la justifier, doit être rapportée, suivant toute probabilité, à la polyémie. La suppression d'une ou plusieurs exhalations importantes, de quelque flux habituel ou anormal, ne ferait que confirmer davantage le diagnostic.

L'ascite qui survient chez les anémiques, les gens détériorés par des maladies antérieures, par l'effet d'une nutrition insuffisante ou vicieuse, l'habitation de lieux bas et humides, lorsqu'elle se présente avec une marche lente, incertaine, apyrétique, doit être rapportée, en l'absence de toute altération appréciable des solides, à l'anémie albuminurique que l'analyse du sang ferait reconnaître avec certitude.

Celle qui résulte d'altérations des solides dans l'organe central de la circulation ou des gros vaisseaux, se reconnaît aisément par les signes fournis par ces altérations elles-mêmes qui n'échappent point, d'ordinaire, aux lumières fournies par l'auscultation et la percussion. Toutes ces ascites sont précédées constamment d'œdème des extrémités inférieures, ce qui peut servir, avec l'absence d'albuminurie, à les faire distinguer de celles par néphrite albumineuse où l'œdème se montre initialement à la face ou aux extrémités supérieures, ou sur différents points du corps à la fois.

L'obstruction ou l'oblitération des veines caves supérieure ou inférieure, donne lieu à une ascite précédée ou accompagnée d'anasarque, qui pourrait être facilement confondue avec les précédentes. Mais l'absence de signes d'affection organique du cœur, la dilatation du réseau veineux sous-cutané abdominal et thoracique, une teinte livide de la peau, surtout aux points de sa jonction avec les muqueuses, comme aux lèvres, au nez, aux

oreilles, l'absence de tout signe d'altération du foie, de la rate, comme de toute tumeur anévrismale, sont des circonstances qui pourraient aider puissamment à éclairer le diagnostic. Du reste, il est rare que de pareilles obturations ne soient pas suivies de quelque altération du cœur, obligé qu'il est de se débattre contre ces obstacles médiats.

C'est également ainsi que, dans les ascites qui sont le résultat d'altérations aortiques, dilatations, anévrismes, avec ou sans incrustations ossiformes ou tophacées, le cœur se trouve toujours altéré consécutivement dans son volume, et cette altération est plus appréciable encore à l'auscultation que celle de l'artère qui lui a donné naissance.

Nous devons ajouter qu'avec toutes les ascites naissant à la suite ou en compagnie de l'anasarque, on peut rencontrer des épanchements dans les diverses séreuses, plèvres, péricarde, arachnoïde, etc., et que ce ne sont pas là des complications, mais bien l'extension d'effets reconnaissant une même cause.

Nous devons faire remarquer enfin que, souvent plusieurs causes, susceptibles à elles seules de produire l'anasarque et l'ascite, se trouvent réunies pour donner lieu aux mêmes résultats. C'est ainsi que, avec l'albuminurie ou maladie de Bright, existent quelquefois des altérations du foie ou du cœur, des altérations pulmonaires plus ou moins étendues. Et ces coïncidences sont si fréquentes, qu'on pourrait se demander avec juste raison, si tous ces désordres ne découlent pas d'une même origine, l'altération du sang qui laisse déposer une partie de son albumine dans ces organes qu'il abreuve, en supposant, comme l'admettait Ellioston, et comme le prétendent encore quelques bons observateurs d'aujourd'hui, que cette altération du sang préexiste à celle des reins.

Complications de l'ascite en général. — Une des complications les plus fréquentes de l'ascite est, sans contredit, la péritonite chronique, latente, à laquelle donne lieu le liquide épanché agissant en guise de corps étranger qui froisse et distend le péritoine. Nous n'entendons pas parler ici de l'ascite, suite primitive elle-même de cette phlegmasie chronique. — La complication en question est tellement fréquente, que nous sommes persuadé que telle ascite curable à un moment donné, reste tenace ou

incurable, plus tard, par l'addition de la péritonite consécutive.

Ne rencontre-t-on pas la complication de péritonite chronique dans les ascites par maladie de Bright, et cela fréquemment? Sur quatre autopsies, nous l'avons vue trois fois, pour notre compte. C'étaient les épiploons et les mésentères qui présentaient surtout les traces de l'inflammation chronique, bien moins apparente et moins marquée sur le péritoine pariétal. Objectera-t-on que, comme le pense M. Sabattier, le sang est altéré dans la maladie de Bright, et altéré de telle façon qu'il pousse aux inflammations diverses, qu'il est plus fibrineux? — En admettant cette raison, elle ne fait que s'ajouter en plus à celle déjà suffisante de la présence du liquide comme corps étranger pour le développement de la péritonite chronique.

Doit-on regarder comme complication de l'ascite l'infiltration des extrémités inférieures, des parois du ventre, et souvent de toute la surface cutanée, qui la suit sans procéder de la même cause qu'elle, mais qui résulte de la compression des vaisseaux par le liquide et d'un effet d'imbibition? A notre sens, ce sont là de vraies complications, et des complications assez fréquentes qui peuvent être cause d'erreur dans le diagnostic, si l'on ne tient un compte précis de la date de l'invasion. Marchent encore au rang des complications ordinaires de l'ascite les désordres qui surviennent fréquemment dans le tube digestif, tels que troubles de fonctions, état inflammatoire de la muqueuse, et son ramollissement dépendant d'une imbibition, d'une macération prolongée.

Pronostic. — Quand on a affaire à une ascite qui existe primitivement seule, le pronostic est, en thèse générale, plus favorable que quand elle a surgi à la suite ou en compagnie de l'anasarque. Mais la nature de la cause, jointe aux dispositions du sujet, est seule capable de décider de la portée de cette suffusion séreuse. L'ascite par péritonite aiguë ou subaiguë, quoique déjà compromettante, est cependant plus facilement curable que celle qui succède à la péritonite chronique. Celle qui est le résultat d'une irritation congestive du péritoine se guérit avec une très-grande facilité, quand le médecin est tombé sur sa cause et que le malade n'a pas sa constitution compromise;

mais, quand l'épanchement péritonéal est la conséquence d'une cirrhose ou de toute autre dégénérescence du foie, de la rate, ou le résultat de tumeurs abdominales indestructibles, la mort en est la conséquence encore plus fréquente que quand il s'agit de péritonite chronique.

La palliation est, dans ces derniers cas, tout le bénéfice que puisse espérer la médecine. L'ascite par obstacle au cours du sang de la veine porte, par obturation ou oblitération de grostroncs, quoique présentant une ténacité désespérante, peut cependant arriver à une solution heureuse par l'établissement d'une circulation collatérale supplémentaire. Dans la plupart des cas, cependant, le pronostic est en défaut. Eu égard aux dispositions individuelles, toutes ces ascites présentent une gravité croissante, si elles surgissent chez des personnes avancées en âge et dont les organes sont en décrépitude, sur des sujets épuisés par des maladies antérieures ou profondément détériorés par des circonstances diverses. La jeunesse, une constitution peu détériorée ou en bon état, sont, au contraire, des circonstances qui rendent le pronostic moins fâcheux, et permettent, la plupart du temps, d'espérer la disparition momentanée de l'épanchement, qui revient, à coup sûr, quand la cause subsiste avec toute sa puissance d'action et tend même à s'aggraver.

Pour les ascites qui arrivent précédées ou accompagnées d'anasarque, comme elles découlent absolument de la même cause que celle-ci, le pronostic en est en tout le même, et nous ne l'aborderons par conséquent pas, pour ne pas nous exposer à des redites. Il est cependant un point délicat qu'il importe de mettre sur le tapis. Quelle que soit la cause à action générale qui ait donné lieu à ces suffusions séreuses, il peut arriver que la collection abdominale devienne excessivement prédominante, en raison d'une irritation ou d'une subphlegmasie secondaire qui se serait établie sur la séreuse péritonéale et attirerait un plus grand afflux de sérum à sa surface. Cette circonstance ajoute un degré de plus à la gravité du pronostic, toutes choses égales d'ailleurs. Enfin, les diverses complications du tube digestif, telles que troubles fonctionnels, phlegmasies aiguë et chronique avec leurs conséquences, sont de nature aussi à donner plus de gravité à l'issue de l'ascite.

Nous aurions pu nous étendre longuement sur les divers genres d'ascite, pour en déterminer rigoureusement la nature; mais notre manière d'envisager la question nous a fait éviter une foule de détails qui avaient leur place régulière dans les hydropisies en général et les anasarques en particulier.

§ V. — Traitement de l'ascite.

Une première question se présente naturellement au sujet du traitement en question : peut-on admettre ici d'une manière générale, l'aphorisme d'Hippocrate : *sublatâ causâ, attollitur effectus?* Notre réponse est négative. Quand un épanchement s'effectue dans le sein du péritoine ou d'une autre séreuse, plusieurs phénomènes ont lieu. Il y a d'abord distension et macération de la séreuse par le liquide, il y a ensuite compression exercée par ce même liquide sur les vaisseaux. Voilà deux effets qui, à un point avancé de l'ascite, doivent empêcher en partie sa résorption et s'opposer à sa cure, en supposant que la cause qui lui a donné naissance ait disparu.

Il n'est ensuite douteux pour personne que cette quantité de liquide accumulé dans la cavité péritonéale, tout en gênant les fonctions de la séreuse, n'agisse comme corps étranger et ne suscite parfois ou n'entretienne souvent un état d'irritation ou de subinflammation, qui devient à son tour cause d'exsudation séreuse.

Vaincre la cause initiale de l'ascite, ce n'est donc pas mettre celle-ci dans des conditions absolues de guérison, quoique ce soit la plus grande part faite.

Le traitement curatif porte sur deux bases essentielles : 1° Combattre la cause initiale de l'ascite et ses causes secondaires d'entretien. 2° Chercher à obtenir l'élimination du liquide épanché. — Nous abordons franchement ces deux points, en envisageant l'ascite sous les divers points de vue qui nous ont guidé jusque-là.

L'ascite par irritation congestive, qui est à nos yeux celle dite idiopathique aiguë, subaiguë, ou idiopathique chronique des auteurs du *Compendium*, et qui affecte ces diverses formes d'acuité ou de chronicité suivant les dispositions individuelles et l'activité

de la cause irritante, doit être combattue d'après les divers degrés d'activité que présente celle-ci.

Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit concernant le mécanisme de ces hydropisies en général, c'est-à-dire que, les capillaires se trouvant congestionnés par effet du stimulus, l'exhalation habituelle est suractivée à la suite de cette plénitude, tandis que la résorption est empêchée ainsi que le prouvent les expériences de M. Magendie, la première partie du traitement découle de source.

Désemplir les capillaires, empêcher qu'une quantité de sang aussi considérable ne les abreuve, tel est le problème à résoudre. La saignée générale, large et répétée autant que l'état du sujet le comporte, voilà le moyen. Les saignées locales donnent moins de résultats qu'on ne pourrait l'espérer, eu égard à la grande étendue de la surface péritonéale; et puis les piqûres produites par les sangsues développent autant de points d'irritation qui, par sa transmission de proche en proche, peut devenir le foyer d'un appel nouveau au liquide.

S'arrêter à temps dans l'emploi des émissions sanguines, là est l'important de l'affaire. La saignée doit être suivie de l'usage de tisanes délayantes et rafraîchissantes; mais le malade doit en user avec réserve, plutôt pour tromper sa soif que pour l'étancher, et cela pour ne pas fournir au sang des matériaux en quantité trop grande.

Ce traitement parfaitement convenable pour des sujets jeunes, vigoureux ou doués encore de certaines forces, deviendrait inopportun et même contraire chez des personnes de chétive constitution ou affaiblies. Chez elles, la congestion, toute locale, exige des moyens opposés. Si l'on voulait, en effet, leur soustraire du sang, on enlèverait à l'organisme déjà pauvre de ce principe sa puissance de réaction, et la circulation n'en deviendrait que plus languissante et impropre à favoriser la résorption. Chez de tels malades, il faut en même temps qu'on couvre le ventre de fomentations émollientes, recourir aux médications toniques, à l'usage du bouillon gras et du vin : c'est chez eux que les préparations de fer, l'iode, le quinquina sous diverses formes, la poudre de chardon bénit, l'absinthe, le safran, etc., etc., doivent être mis à contribution suivant les aptitudes individuelles. Les

frictions toniques à la peau avec les divers alcoolats, les bains avec l'iode et le chlorure de sodium, ceux préparés avec la décoction de plantes aromatiques, thym, lavande, etc., etc., offrent une heureuse application pour développer la suractivité des fonctions cutanées qui peuvent ainsi aider le péritoine à se débarrasser de l'irritation qui l'a frappé, et ses capillaires à se dégorger. C'est dans la même intention qu'on peut dériver sur le tube digestif, au moyen de purgatifs adaptés à la position du malade : enfin, si les larges vésicatoires appliqués sur l'abdomen sont appelés à rendre des services contre l'ascite, c'est sans doute à cette occasion. Rien n'est plus propre, en effet, à dissiper l'irritation péritonéale, qu'une irritation portée sur la surface abdominale au moyen de trois, quatre larges vésicatoires successifs. Nous nous sommes toujours bien trouvé de cette pratique.

L'ascite qui dérive d'une phlegmasie aiguë ou subaiguë du péritoine, doit être combattue par les antiphlogistiques tant que l'état inflammatoire existe. Seulement, les émissions sanguines doivent avoir ici une borne indiquée par l'état des forces des malades et l'énergie de la réaction fébrile. Après elles, les bains, les onctions mercurielles sur les parois du ventre, les larges vésicatoires répétés, sont les applications locales et générales le mieux justifiées. Les laxatifs, tels que l'huile de ricin, la manne, les sels neutres, de potasse ou de soude, le calomel dont il faut user avec réserve à cause de l'hydrargirie facile à paraître, etc., militent puissamment contre l'inflammation péritonéale.

Quand la péritonite est chronique initialement, les applications modérées et répétées de sangsues et de ventouses peuvent encore convenir, surtout quand il y a apparence d'exacerbation. Nous n'avons pas la prétention de dicter ici le traitement de la péritonite, mais nous devons rappeler que c'est à son traitement qu'il faut d'abord avoir recours, comme première partie de celui de l'ascite qui en découle. — La diathèse tuberculeuse devra être présente à l'esprit du médecin dans cette circonstance, car elle joue souvent le rôle le plus important pour la péritonite chronique comme pour l'épanchement consécutif.

Comment guérir l'obstacle à la circulation veineuse qui entretient l'ascite? Les difficultés, il faut bien l'avouer, nous paraissent insurmontables, de quelque côté que vienne l'obstacle, qu'il ré-

sulte de l'obturation d'un tronc principal, de la dégénérescence du foie, de la rate, du pancréas, d'une tumeur tuberculeuse ou autres de l'abdomen, etc.

S'il est vrai, comme l'admet M. Reynaud, qu'une circulation collatérale supplémentaire au moyen des veines cutanées dilatées est une voie ouverte à la curation de l'ascite, il nous reste peu ou pas du tout de moyens pour venir au secours de la nature dans cette heureuse tendance. Aussi, comprenons-nous fort peu celui proposé par M. Bouillaud pour atteindre ce but, nous voulons parler du bandage compressif. Sans contredit ce bandage peut être avantageux contre l'ascite; il y a de nombreux exemples de ses bons effets; mais les explications qu'on a données sur sa manière d'agir sont plus ou moins vicieuses. En tous cas, ce n'est pas en favorisant la délation des veines qu'il opère. Nous conseillons nous-même puissamment cette ressource en présence des résultats qu'elle a paru donner. Cette compression peut s'exercer au moyen d'un bandage en flanelle ou en toile, lacé comme un corset, ou avec un simple bandage de corps et des compresses graduées que l'on fixe au-dessous de lui, en ayant soin de l'ajuster convenablement. On peut se servir encore d'une serviette en losange. C'est au médecin à s'ingénier suivant les circonstances. En définitive, les ascites en question ne peuvent guère être combattues avantageusement sous le rapport de leur cause; reste alors le traitement à diriger contre l'épanchement lui-même.

A quoi bon parler du traitement des maladies qui donnent lieu à notre deuxième série d'ascites, celles qui se montrent précédées ou accompagnées d'anasarque? n'avons-nous pas donné déjà avec assez de détails les moyens propres à combattre les lésions morbides dont l'ascite n'est, comme l'anasarque, l'hydrothorax, etc., que l'une des communes conséquences? N'avons-nous pas dit quels sont les divers traitements qu'on applique avec plus d'avantage aux altérations du sang, à la néphrite albumineuse aiguë et chronique, aux lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux? N'avons-nous pas prouvé que, de toutes ces causes, il n'y a guère que les altérations du sang, la néphrite albumineuse aiguë, dans quelques cas rares, la néphrite albumineuse chronique, et certaines lésions du œur, telles que l'endo-

péricardite aiguë, subaiguë ou chronique avec adhérences, qui puissent offrir des chances de succès dans le traitement? Il nous paraît donc superflu de revenir, au sujet de l'ascite, sur des faits déjà suffisamment traités à propos de l'anasarque.

Passons à la deuxième partie du traitement qui a pour but d'obtenir l'élimination du liquide épanché.

Si, quand on a combattu autant qu'il était en soi la cause de l'ascite, celle-ci persiste ; si elle persiste malgré la disparition de la cause, ou bien parce que celle-ci ne peut être vaincue, le parti à prendre est de chercher à obtenir l'élimination du sérum épanché. Convient-il de demander d'abord cette élimination à une opération chirurgicale, ou de mettre à contribution toutes les surfaces exhalantes ou sécrétantes de l'organisme, pour se charger de son émission au dehors?

De là découle la nécessité d'aborder la question de la paracentèse. — Cette opération est-elle par elle-même un moyen curatif? Jusqu'à quel point peut-elle aider à la guérison? Dans quels cas n'est-elle qu'un moyen palliatif ?

Les exemples de guérison d'ascite à la suite de l'opération de la paracentèse, exécutée une ou plusieurs fois, sont si nombreux dans les annales de la science, qu'il faut bien convenir que l'opération guérit quelquefois. Personnellement, nous allons plus loin, et nous soutenons qu'elle est, pour un très-grand nombre de cas, un moyen curatif ou aidant au moins puissamment à la guérison. Mais les médecins, et plus encore les malades, répugnent souvent à avoir recours à la paracentèse, parce que c'est une opération, parce qu'elle ne se présente pas à leurs yeux avec un caractère curatif bien signalé, parce qu'elle inspire quelques craintes sur des accidents ultérieurs possibles. Pour tous ces motifs elle est quelquefois repoussée, et souvent mise à contribution à une époque fort reculée, quand elle n'est plus susceptible de rendre tous les services qu'on doit en attendre.

Au point de vue où nous nous sommes placé quand nous avons posé en principe que le liquide épanché dans une cavité devient consécutivement cause de l'entretien de la suffusion séreuse, autant par macération des tissus, par leur distension, la compression de leurs vaisseaux, que par l'irritation que sa présence suscite, il doit être évidemment évacué dès que la collection persiste

après le traitement de la cause initiale, et cela, dans l'intérêt de la cure définitive. Il doit être évacué, parce que, ainsi que nous l'avons dit, il y a bon nombre d'exemples qui prouvent que la guérison en est quelquefois la suite, et parce que le péritoine, une fois l'évacuation faite, se trouve placé dans des conditions infiniment meilleures pour recevoir une modification avantageuse dans sa puissance de résorption, sous l'influence de médications qui agissent sur tout l'organisme.

Mais il importe, au sujet de la paracentèse, d'éclairer ces deux points : dissiper les appréhensions qu'elle inspire à quelques médecins et aux malades, poser nettement à quelle époque et dans quelles circonstances on doit y avoir recours.

Dans les temps les plus reculés de la médecine, cette opération était regardée comme dangereuse, quoiqu'elle eût été enseignée par le vieillard de Cos. Plus tard, on revint un peu de ces craintes exagérées, et Celse la recommande déjà dans une certaine catégorie de cas qu'il cherche à préciser. Aujourd'hui, sans partager les mêmes craintes qu'autrefois, beaucoup de médecins n'y recourent que comme à un palliatif, ne l'emploient donc que fort peu, et se privent souvent ainsi d'une puissante ressource pour la guérison. Les exemples où elle a été pratiquée vingt, trente, cinquante et même plus de cent fois sur la même personne sans avoir jamais été suivie d'accidents, doivent rassurer, ce nous semble, et montrer jusqu'à l'évidence toute son innocuité. Si cette opération n'offre aucun danger par elle-même, si, par les motifs que nous avons donnés plus haut, nous avons prouvé qu'il est avantageux de l'employer à bonne heure comme moyen curatif, il ne nous reste plus qu'à déterminer les cas et les circonstances où elle doit être mise en pratique.

J. Copland ne veut pas qu'on la tente toutes les fois que la collection aqueuse n'est pas assez abondante pour préserver les intestins des blessures du trois-quarts. Nous sommes d'accord sur ce point avec le chirurgien anglais. Mais par antithèse, nous ne voulons pas que, sous prétexte d'attendre une élimination du liquide par les voies naturelles, on attende que la collection ait énormément distendu les parois abdominales et macéré longtemps la séreuse comme les viscères abdominaux. D'après cela, ne l'employer que quand il y a une certaine quantité de liquide

qui puisse bien isoler les intestins, mais ne pas attendre plus, voilà notre règle, puisque l'opération en elle-même est innocente et qu'elle peut devenir moyen curatif, employée à bonne heure. Plus on la mettra en usage à une époque où le malade conserve encore une certaine force et une puissance de réaction, et plus on pourra en obtenir un résultat avantageux.

De toute évidence, l'ascite qui résulte de la néphrite albumineuse chronique ne peut laisser espérer que peu de chances avantageuses pour l'opération, surtout à une époque avancée. Il y a mieux, et c'est chose singulière, l'évacuation du liquide semble ici exercer une influence fâcheuse sur les forces du malade. M. Rayer a déjà fait cette observation, et ce fait nous a paru démontré d'une manière frappante dans deux cas qui nous sont personnels. A plus forte raison, les chances de l'opération ne laissent pas grand'chose à espérer, si à la néphrite albumineuse chronique se joignent des complications qui peuvent ajouter à l'extension de la suffusion séreuse, comme la cirrhose du foie, les altérations organiques du cœur, etc. Elle ne reste dans ces circonstances que comme moyen de soulagement, quand des accidents dyspnéiques sont la conséquence de la trop grande réplétion du péritoine. Mais il est à remarquer que le liquide semble se renouveler, après, avec une plus grande activité.

Dans les ascites résultant d'un obstacle à la circulation veineuse, l'indication de la paracentèse nous semble mieux dessinée que dans les cas précédents. En effet, la collection séreuse n'est qu'un moyen d'obturation ajouté en plus à ceux déjà existants, par la pression qu'elle exerce sur les vaisseaux. Si chance il y a, en ce cas, qu'une circulation collatérale supplémentaire s'établisse, l'évacuation du liquide devient un bienfait et aide à la guérison, en conservant aux tissus le plus d'intégrité possible pour leur libre fonctionnement. Cependant il ne faut pas se dissimuler que le bénéfice qu'on peut espérer est secondaire; et plus secondaire est-il encore quand, au lieu d'être fixé dans le système de la porte veine, l'obstacle existe dans l'organe central de la circulation ou dans les grands vaisseaux qui en partent ou y aboutissent. Dans tous ces cas, la paracentèse est plus souvent un moyen palliatif, qu'on ne doit cependant pas dédaigner, qu'un moyen curatif.

XVIe OBSERVATION. — ASCITE CONSÉCUTIVE A UNE PÉRITONITE AIGUE, GUÉRIE PAR LA PARACENTÈSE APRÈS ONZE MOIS DE DURÉE.

En 1847, nous avions à donner nos soins à une dame Vilquain, de Falmagne, près Givet. Cette dame, âgée de 38 ans, d'une bonne constitution et mère de plusieurs enfants, avait éprouvé, pendant plusieurs mois, des douleurs vives dans toute la périphérie du ventre, avec vomissements fréquents au début, et suppression des règles. Quelques jours après l'origine des douleurs, le ventre s'était tuméfié, et cette tuméfaction avait été croissant pendant quelque temps. Quelques confrères, consultés au début et durant le cours de la maladie, n'avaient pas osé agir, dans la crainte d'avoir affaire à une grossesse. Il y avait onze mois que madame Vilquain était ascitique quand nous la vîmes pour la première fois. Après avoir bien établi le diagnostic différentiel, nous pensâmes qu'il s'agissait d'une ascite par péritonite aiguë primitivement, passée ensuite à l'état chronique. L'état des forces de la malade, le genre d'ascite à laquelle nous avions affaire, nous firent penser que nous pourrions tirer un bon parti de la paracentèse, comme moyen curatif. L'opération fut pratiquée en effet, et le premier jet de liquide nous causa presque de la frayeur. Ce liquide était tellement hématique, qu'on eût dit du sang tout pur. Il s'en écoula environ huit à neuf litres de même nature. Les jours suivants, il fut appliqué successivement quatre larges vésicatoires sur le ventre, en même temps qu'on recourait à l'usage de purgatifs salins répétés et aux boissons nitrées; ces applications dissipèrent les douleurs dont le péritoine semblait encore le siége. L'ascite ne se reproduisit plus; et cette femme pouvait reprendre, un mois après, les travaux des champs, interrompus depuis plus d'un an. Ce ne fut pas là une cure de courte durée, puisque l'année suivante à pareille époque, dernière fois que nous la vîmes, il ne s'était produit aucun nouvel épanchement; la malade avait acquis toutes ses forces et son bon état antérieur.

Ce qu'il y eut de plus remarquable dans ce cas, ce fut la nature du liquide fortement hématique. Il nous parut être le résultat d'une péritonite hémorrhagique.

Voici un exemple de guérison plus remarquable encore :

XVIIe OBSERVATION. — ASCITE PAR IRRITATION CONGESTIVE DU PÉRITOINE. — VINGT-DEUX MOIS DE DURÉE. — GUÉRISON A LA SUITE DE LA PARACENTÈSE.

Une dame Bodson, de Louette-Saint-Denis (Belgique), âgée de 46 ans, d'une haute stature et d'une assez bonne constitution, portait une ascite depuis 22 mois. Malgré la réplétion assez considérable du ventre, cette dame avait pu faire encore cinq lieues à pied pour venir nous consulter en avril 1846, et habituellement elle vaquait en partie à ses affaires. L'ascite, comme dans le cas précédent, avait existé primitivement et existait encore seule; elle semblait se rattacher à une irritation sécrétoire du péritoine, irritation survenue à la suite d'un léger refroidissement, le corps étant en sueur. La malade était amaigrie, bien que toutes les fonctions, même la menstruation, se remplissent bien; elle n'offrait aucun signe d'affection organique d'aucune espèce. Nous pûmes établir positivement qu'il s'agissait bien d'une ascite et non d'une hydropisie enkystée. Plusieurs médecins de la localité l'avaient traitée et avaient banalement prescrit les diurétiques de diverses natures, sans aboutir à un bon résultat.

Avant de recourir à la ponction, nous voulûmes essayer l'usage de larges vésicatoires sur le ventre. Il en fut appliqué d'abord trois sans résultat avantageux ni nuisible; mais dans la nuit qui suivit l'application du quatrième, cette dame fut prise d'hémiplégie complète avec perte de la parole. Cet accident était survenu brusquement, sans signe précurseur, au milieu du sommeil, comme cela arrive souvent pour les apoplexies. Le lendemain, quand nous fumes appelé, nous pûmes constater qu'il existait une douleur assez vive dans toute la moitié latérale droite de la tête, et principalement vers la région frontale du même côté. L'hémiplégie existait à gauche. Inutile de peindre les divers traitements employés sans succès aucun contre ce nouvel état morbide. C'est alors que, nous ravisant sur la part que la collection séreuse abdominale avait pu avoir à l'apoplexie par la compression exercée sur l'aorte abdominale ou de toute autre manière, nous dûmes recourir à la paracentèse.

Il fut évacué de dix à douze litres de sérosité citrine; puis de

nouveaux vésicatoires furent appliqués sur le ventre, tandis qu'au moyen des drastiques nous opérions une révulsion soutenue sur le tube digestif. Ce qu'il y eut de plus appréciable d'abord, c'est que l'ascite ne se reproduisit pas; mais la paralysie resta la même. Il nous fallut traiter encore huit mois madame Bodson pour ce dernier état morbide. Les résultats furent médiocrement satisfaisants, quoique tout eût été mis en œuvre. C'est ainsi qu'un an après notre première visite à la malade, il commençait seulement à se développer un peu de sensibilité sur les parties paralysées; la jambe et le bras pouvaient se mouvoir un peu, mais dans des limites très-restreintes. Ily avait toujours absence de la parole. En revanche, la cure de l'ascite était solide; il ne s'était plus reproduit de liquide dans l'abdomen.

On conviendra que dans ces deux cas, si la paracentèse n'a pas été le moyen exclusivement curatif, elle a du moins puissamment aidé à la guérison en débarrassant la cavité péritonéale d'une quantité de liquide qui, outre son action comme corps étranger, neutralisait sans doute les fonctions d'absorption de la part des vaisseaux péritonéaux.

Duvernoy et Bertrand conseillaient de recourir de bonne heure à l'opération dans les cas d'ascite idiopathique. Broussais a reproduit la même opinion. M. Chrestien, de Montpellier, dit que le liquide est dans le cas de produire plus d'accidents que la pénétration de l'air dans le péritoine, et que, par conséquent, il faut l'évacuer de très-bonne heure. Quoique les prémisses soient exagérées, la conséquence nous paraît fondée.

Enfin, pour nous résumer, la paracentèse est un moyen curatif incontestable dans beaucoup de cas, et nous avons cherché à préciser les genres d'ascite où elle peut faire atteindre ce but. Il faut alors se hâter de la pratiquer dès que la quantité de liquide est suffisante pour garantir les intestins de l'action du trois-quarts, et prendre toutes les précautions pour empêcher l'air atmosphérique de pénétrer dans l'abdomen. Dans les autres cas, elle est un palliatif capable de parer à des accidents qui pourraient devenir promptement funestes, et un moyen de prolonger l'existence des malades.

Quelques médecins ont voulu ne pas se borner seulement à l'évacuation du liquide. Pensant que, conformément à ce qui a lieu dans l'hydrocèle, où, après la ponction, on obtient l'adhésion des parois du kyste par des injections irritantes, on pourrait aussi espérer la cure radicale de l'ascite, d'après le même procédé, ils n'ont pas craint de porter des injections analogues dans la cavité du péritoine.

Brumer est le premier qui ait proposé de recourir à ce moyen. Il proposait, comme matière à injection, un mélange d'alcool camphré, d'aloès et de myrrhe. Warrich en fit le premier essai avec les eaux de Bristol, et guérit son malade. Deux insuccès firent ensuite abandonner ce procédé. Broussais voulut renouveler ces tentatives. Il obtint deux succès en injectant de la vapeur de vin. Lhomme se servit du même moyen sur un adulte qui avait subi plusieurs ponctions; Gobert agit de même sur un autre malade, et les deux sujets guérirent.

Il existe plusieurs autres observations qui sont dues à Hennerman, Littre, Garengeot et Bossu. Mais ces observations paraissent se rattacher à des hydropisies enkystées, et n'ont, par conséquent, aucune valeur pour l'ascite.

Roosbrock, de Louvain, a injecté du gaz acidule d'azote chez trois hydropiques, un homme et deux femmes, qui en retirèrent de tels avantages, que Broussais essaya le même moyen chez un malade tellement désespéré, qu'on était surpris de le voir encore vivant huit jours après.

Deux fois, en 1833, M. Jobert a injecté un mélange d'eau et d'alcool chez des femmes ascitiques. Il a obtenu la guérison sans accidents dans les deux cas. Depuis que M. Velpeau a substitué les injections iodées aux injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle (1), quelques hardis médecins ont osé porter les mêmes injections dans le péritoine. Le cas le plus remarquable est celui produit par M. Dieulafoy (de Toulouse), devant l'Académie de médecine de Paris (2). Trois injections iodées furent pratiquées à différents intervalles sur le même malade. A chaque injection, la collection se reproduisait en bien moindre quantité,

(1) *Annales de la chirurgie française*, Paris, 1843, 1845, t. VII, t. XV.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 423.

n'occupant plus que des portions restreintes du ventre ; à la troisième, la guérison fut complète. L'injection dont s'était servi le médecin de Toulouse était un mélange de teinture d'iode et d'eau distillée, dans les proportions de 1 à 5.

Le docteur Leriche, de Lyon, notre ami, a guéri, en 1846, une jeune dame par le même procédé, et par une seule injection.

M. Boinet a présenté, en 1850, à la Société de Chirurgie de Paris, une observation bien détaillée d'ascite guérie par les mêmes injections. Cette observation souleva au sein de la Société une discussion importante où on exprimait la crainte que les auteurs ne publiassent que leurs succès, sans mentionner leurs revers. La Société finit par conclure qu'il fallait être appuyé de faits nombreux positifs ou négatifs, pour résoudre la question des injections d'iode dans les cas d'ascite. Elle émettait toutefois l'opinion qu'il faut être extrêmement réservé et circonspect dans de pareils essais.

Nous souscrivons pleinement aux conclusions de cette Société, et nous déclarons que ce n'est que dans quelques cas très-exceptionnels qu'on peut avoir recours à ce moyen. Les cas d'ascite rebelle par péritonite chronique ou latente, mais sans complication de tubercules ou autres produits dégénérés, nous paraissent seuls susceptibles de supporter de pareils essais.

M. le docteur Boinet a réuni plus tard, dans un long mémoire (1), vingt-trois observations d'injections irritantes portées dans le péritoine en vue de guérir l'ascite. Voici comment il résume ces vingt-trois cas (2). Sur vingt-trois cas, dit-il, des succès ont été obtenus trois fois par l'injection de vapeur vineuse, trois fois par le gaz protoxyde d'azote, une fois par l'injection alcoolique, une fois par des injections d'eau tiède et de décoction de quinquina, enfin onze fois par l'injection iodée. Les injections vineuses et au gaz protoxyde d'azote comptent chacune un insuccès ; les injections iodées en comptent deux. Le tableau suivant fera voir d'un coup d'œil la nature des causes des différentes hydropisies qui ont été traitées et guéries, l'âge et le sexe des malades, la nature du liquide injecté, les résultats obtenus.

(1) *Gazette médicale*, septembre, octobre, novembre 1851.
(2) *Gazette médicale*, 22 novembre, p. 878.

Causes présumées.	Nombre de cas.	Chiffres des observations.	Age.	Sexe.
Suppression ou dérangement des règles.....	3	1re	22 ans	femme.
		2e	18 ans	femme.
		18e	38 ans	femme.
Fièvres intermittentes.....	4	21e	47 ans	femme.
		10e	40 ans	homme.
		17e	13 ans	garçon.
		20e	50 ans	homme.
Maladies du foie (cirrhose).	3	6e	50 ans	femme.
		15e	58 ans	femme.
		22e	—	homme.
Gastro-entérites (diarrhées chroniques).....	2	8e	—	homme.
		11e	42 ans	homme.
Hépatémèse.....	1	3e	49 ans	homme.
Maladie du cœur.....	1	5e	52 ans	homme.
Péritonite chronique.....	1	7e	29 ans	femme.
Affection des voies respiratoires.....	1	14e	17 ans	jeune fille.
Affection abdominale non déterminée.....	1	16e	7 ans	garçon.
Causes non indiquées.....	4	4e	—	femme.
		9e	—	
		13e	18 mois	petite fille.
		12e	—	
Boissons spiritueuses.....	1	19e	—	
Tumeur abdominale.....	1	23e	55 ans	femme.

Enfin, pour terminer ce que nous avons à dire au sujet de la paracentèse, nous rappellerons que nous n'en sommes plus au temps où Dalmas, Darwall et J. Copland rejetaient ce moyen comme curatif, et ne le regardaient que comme un palliatif propre à aggraver le mal et à enrayer la cure définitive. On ne peut tolérer aujourd'hui une telle manière de voir, et on est à se demander comment des hommes de cette portée ont pu être conduits par des faits à émettre des conclusions aussi évidemment erronées, et qui heurtent le bon sens autant qu'elles sont contraires aux données de l'expérience. Après avoir précisé autant qu'il est possible l'action de la paracentèse comme moyen curatif et palliatif, il nous reste à dire que ni l'âge ni le sexe ne peuvent la contre-indiquer, quoiqu'elle offre plus de chances de succès à mesure que l'on se rapproche de la jeunesse, l'âge

adulte ou l'âge mûr. Mais la constitution et l'état organo-plastique peuvent fournir des indications bien différentes. Il est clair que, sur une organisation usée à fond par le travail morbide ou d'autres maladies organiques, elle ne peut offrir des chances avantageuses. Il semble même qu'alors elle précipite la fin des malades ; tandis que sur des constitutions robustes, ou sur des sujets doués encore de certaines forces et de certaine énergie organique et fonctionnelle, ses avantages sont éminents.

Arrivons maintenant aux autres médications qui peuvent amener l'élimination du liquide épanché. Nous serons bref. Ces médications se divisent en celles qui paraissent exercer une action locale ; et en celles qui, comme dans toutes les hydropisies, exercent une influence générale sur l'organisme, agissent sur le système absorbant en particulier, et aboutissent à la surexcitation d'une ou plusieurs sécrétions naturelles. Dans les premières se trouvent toutes les applications locales, fomentations émollientes ou toniques, aromatiques ou acides sur le ventre ; les frictions mercurielles sur la même région, frictions qui peuvent être portées jusqu'à la salivation. Quelques auteurs attachent une grande importance à l'apparition de ce phénomène, qui peut servir de point dérivatif pour l'ascite. Sur la même ligne se placent les vésicatoires larges et répétés à la surface abdominale, qui ont le double avantage d'agir contre l'irritation ou l'inflammation péritonéale, quand elle existe, et de stimuler l'exhalation cutanée. C'est dans le même sens qu'agissent les frictions avec les teintures irritantes de scille, de digitale, de cantharides, etc. ; ces frictions ne doivent pas être bornées à la surface abdominale, mais s'appliquer à toute l'étendue de la peau, pour en activer les fonctions ou développer à sa surface une irritation salutaire. Nous devons faire observer que ces préparations ont, outre leur action bien prononcée sur la peau, l'avantage d'être absorbées et portées dans le torrent circulatoire, et qu'alors leur effet diurétique ou excitant des fonctions génito-urinaires peut se faire sentir sans occasionner les troubles qu'on leur reproche quelquefois, quand on les administre par le tube digestif. Chacun se rappelle que, dans ces derniers temps, on a proposé pour l'anasarque, et même pour l'ascite, de couvrir la peau de poudres diurétiques, celles de scille et de digitale, et de renouveler de temps en temps cette

application, qui a paru salutaire dans quelques cas tranchés. Ces poudres n'agissent pas autrement que les teintures, c'est-à-dire que leur principe actif est absorbé à mesure qu'il est extrait par la solution que la transpiration insensible en opère.

Nous avons déjà parlé du bandage compressif appliqué autour du ventre, et qui est aussi une application locale. Nous ne chercherons pas à donner de nouveau une explication de son action : nous nous contenterons de rappeler que son usage est très-avantageux, surtout quand on a évacué le liquide contenu dans l'abdomen.

C'est surtout dans les ascites par irritation sécrétoire ou par phlegmasie du péritoine que ces applications locales peuvent offrir quelques ressources. Toute cette série de remèdes, depuis les fomentations émollientes jusqu'aux vésicatoires inclusivement, trouve place ici ; il n'y a que l'opportunité qui puisse décider du choix. Les larges vésicatoires répétés sur le ventre semblent surtout avoir un excellent résultat quand il s'agit d'ascite par péritonite chronique exempte de tuberculisation ; et même, avec cette complication, ils peuvent encore rendre d'utiles services. Les bains chauds, les bains aromatiques et de vapeur, qui peuvent, sous un certain point de vue, être considérés comme applications locales, conviennent également dans ces ascites. Ils conviennent généralement dans toutes les ascites, comme sudorifiques ou propres à réveiller les fonctions supprimées ou engourdies des vaisseaux cutanés, et, à ce titre, on ne doit point craindre d'y recourir, pourvu que les malades ne soient pas trop débilités, car alors la prostration qui succéderait à leur usage aurait de bien plus grands inconvénients que les bénéfices qu'ils pourraient procurer.

Le second genre de médications, c'est-à-dire celles administrées à l'intérieur, se résume en celles que nous avons déjà signalées à propos de l'anasarque, et qui se présentent sous les trois variétés de diurétiques, purgatifs et diaphorétiques. Nous ne reviendrons pas sur elles, vu que nous en avons parlé d'une manière assez étendue en traitant de l'anasarque, et que leur application n'a pas d'autres raisons que dans cette suffusion séreuse.

Mais ce que nous devons dire, c'est que les dispositions individuelles et la constitution doivent, en dehors du genre d'ascite,

fournir matière à diverses indications particulières. C'est ainsi que dans les constitutions fortes, où la circulation semble très-active et l'hématose abondante, il convient de débiliter les sujets par quelques déplétions sanguines générales et l'abstinence; tandis que dans les constitutions détériorées, les sujets affaiblis ou cachectiques, il faut, autant que possible, chercher à relever les forces par un régime convenable, l'usage du vin, l'administration des amers, des toniques, des ferrugineux, pour que toutes les médications diurétiques, diaphorétiques, purgatives, puissent avoir chance de succès. Ces médications à action spéciale ne peuvent avoir prise que tout autant que l'organisme se trouve encore dans des conditions de réaction possible. Il faut donc tendre avant tout à le placer dans de semblables conditions; et souvent, quand on sera parvenu à ce but, les seules puissances de la nature, par un effort conservateur, produiront ces effets de suractivation des diverses sécrétions, qu'on tenterait en vain au moyen des remèdes les plus variés, si tous les ressorts étaient ou trop tendus, ou trop usés.

Quelques circonstances particulières doivent encore tenir en éveil le jugement du médecin; telles sont celles d'un exutoire existant depuis longtemps et supprimé mal à propos, d'un flux normal ou anormal aboli, d'un exanthème chronique existant depuis des années et disparu tout d'un coup, d'un ulcère de longue date et cicatrisé brusquement. Il est aisé de comprendre que toutes ces anomalies doivent entrer en balance pour le traitement, soit qu'elles aient agi comme cause dans l'apparition de l'ascite, soit qu'elles n'aient eu lieu que d'une manière coïncidente ou consécutive, mais poussant à l'entretien de la suffusion séreuse. En effet, pour un esprit positif, il entrera dans ses vues de chercher, au bout d'un certain temps, à rappeler le flux supprimé, à rétablir l'exutoire, à réveiller le suintement de l'ulcère, à faire reparaître l'exanthème cutané chronique, etc., ou du moins à les suppléer par l'établissement d'un point d'irritation continue entretenu sur une partie de la surface cutanée. Cette pratique concorde avec le bon sens et avec les lois qui régissent l'organisation humaine.

Enfin, avons-nous besoin de rappeler, pour en finir avec le traitement de l'ascite, que les complications doivent être combattues sans relâche? Les troubles du tube digestif, tels que vo-

missements, diarrhées tenaces et débilitantes, seront combattus à l'aide des préparations opiacées, narcotiques, prises par la bouche et en lavement. Certaines eaux gazeuses artificielles ou naturelles, telles que les eaux de Seltz, de Spa, de Contrexéville, seront avantageusement employées contre les dyspepsies, les vomituritions. De même, si des signes de saburre de l'estomac, un état pâteux de la bouche, une couche de mucus grisâtre à la langue, de l'amertume, du dégoût, de l'inappétence se montraient, un émétique, administré à propos, rendrait les plus grands services. Il serait encore commandé s'il y avait, du côté des fonctions biliaires, un trouble indiqué par une teinte ictérique des conjonctives et de la peau, la même teinte à la surface de la langue, de la constipation par défaut de flux bilieux dans les intestins, et cela sans qu'aucun signe puisse révéler un état morbide du foie. Ces dernières dispositions, fréquentes dans les pays chauds, devront surtout tenir en éveil les praticiens qui exercent dans ces contrées.

Art. 3. — Hydrothorax.

Définition et division. L'*hydrothorax* est, suivant son étymologie, ὑδωρ eau, et θωραξ poitrine, l'hydropisie de poitrine. Cette hydropisie pourrait donc s'entendre aussi bien de l'épanchement aqueux dans les plèvres que dans les médiastins, le péricarde, et même dans le tissu du poumon. C'est ainsi, au reste, que l'ont comprise certains auteurs, en tête desquels figure Joseph Frank. Par une convention généralement admise, on entend aujourd'hui par hydrothorax un épanchement de liquide en quantité anormale dans les cavités pleurales.

Mais on est loin d'avoir une opinion aussi unanime sur la dénomination à lui accorder par rapport à la nature du liquide épanché. C'est ainsi que Laënnec prétend distinguer l'épanchement aqueux de l'épanchement séro-purulent, réservant la dénomination d'hydrothorax au premier et celle d'épanchement au deuxième. Plusieurs médecins ont adopté la distinction émise par l'auteur de l'auscultation. Aujourd'hui, tous les bons esprits doivent comprendre qu'il est matériellement impossible de déterminer positivement, pendant la vie, quelle est la nature du liquide

que contient la cavité pleurale. Bien que, pour ce motif, plusieurs auteurs modernes n'aient point compris dans l'histoire de l'hydrothorax les épanchements résultant de la pleurésie, nous confondrons sous cette unique expression les épanchements divers sous le rapport de la nature du liquide. Et comment pourrait-il en être autrement, puisque la pleurite, à l'état chronique ou latent dès le début, peut ne donner et ne donne souvent lieu qu'à un épanchement qui ne se distingue de celui par irritation sécrétoire que par la présence d'une plus grande quantité d'albumine et quelque peu d'exsudation fibrineuse, sans globules de pus ! Il est logique et rationnel de distinguer de l'hydrothorax, les collections sanguines qui résultent d'une hémorrhagie par cause traumatique ou autre évidemment appréciable, de même que les collections purulentes qui proviendraient de l'ouverture d'un ulcère voisin dans la plèvre, ou d'une caverne tuberculeuse. Dans ces cas, l'étiologie fait toujours distinguer la nature du liquide, et la distinction est de rigueur.

Personne, parmi les modernes, n'a osé s'écarter de la division de l'hydrothorax en idiopathique et symptomatique. Nous osons nous soustraire à ce joug imposé ; car, ainsi que nous l'avons dit et répété pour l'hydropisie en général, les hydropisies par simple dérangement dans les fonctions de sécrétion et d'absorption, nous paraissent moins démontrées que jamais. Le dérangement de ces fonctions est soumis à une cause matérielle, qui, si on ne la trouve pas dans la séreuse, séjourne dans un organe plus ou moins éloigné, dans un système. Au reste, le rôle que jouent les altérations du sang dans les hydropisies, altérations qui nous sont bien mieux connues aujourd'hui, permet d'entrevoir que beaucoup d'entre elles, qu'on avait regardées comme idiopathiques, en découlent naturellement. C'est ainsi que chez un sujet dont le sang se trouverait dans les conditions de fournir matière à hydropisie, c'est-à-dire appauvri en albumine, si une irritation même peu prononcée surgit à la surface pleurale, il lui arrivera rapidement un hydrothorax, qu'on n'eût pas manqué de caractériser d'idiopathique.

Aussi, pour ce qui regarde l'hydrothorax, nous le soumettons aux mêmes causes que les autres hydropisies, et repoussons l'essentialité comme chose non démontrée. Depuis l'irritation

congestive ou sécrétoire des plèvres jusqu'aux altérations du sang, partout il y a lieu de rechercher une cause qui ne saurait toujours échapper aux investigations bien conduites.

§ I. — Altérations anatomiques.

Les altérations anatomiques de l'hydrothorax ont trait, d'une part au liquide épanché, d'autre part aux séreuses pleurales, et enfin au poumon lui-même. Nous ne répéterons pas ici, au sujet de l'hydrothorax, ce que nous avons dit déjà au sujet de l'ascite en particulier, et des hydropisies en général, c'est-à-dire que nous ne chercherons pas à préciser quelle doit être la quantité de liquide épanché pour constituer l'hydropisie. Nous dirons seulement que, quand l'épanchement s'est opéré *post mortem*, cette quantité, toute minime qu'elle est, se retrouve également dans les cavités pleurales et dans le péricarde. Quand, au contraire, elle n'existe que dans une seule cavité, il devient très-probable que l'épanchement a eu lieu avant la mort.

Altérations du liquide. La quantité de liquide trouvée après l'hydrothorax peut être très-variable. Le docteur Hirtz la rapporte à trois données, qui, tout en n'exprimant pas les divers degrés de quantité, permettent cependant de s'en faire une idée approximative. Il établit un épanchement faible, un moyen et un grand (1).

Examinons d'abord quels peuvent être les rapports du liquide avec le poumon, quand il y a épanchement morbide.

Ces rapports changent non-seulement suivant l'état sain ou malade des poumons, mais encore suivant la quantité du liquide lui-même. Dans le petit épanchement (de quelques onces à une livre), le poumon occupe sa place naturelle, le liquide est situé entre sa base et le diaphragme, et sur le cadavre on ne peut sentir aucune fluctuation par la dissection de la plèvre.

Dans un épanchement moyen (d'une à trois livres) et récent, le liquide change de position avec les positions variées du cadavre. Il occupe les parties déclives; et le poumon, qui surnage,

(1) *Recherches sur quelques points du diagnostic de la pleurésie* (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. XIII, p. 172).

occupe le point le plus élevé (Hirtz). Suivant M. Woillez, il serait à peu près impossible de faire changer la position du liquide en changeant l'attitude du sujet; et le poumon, si sa texture n'est pas altérée, nagerait au milieu de ce liquide, dont une couche, en rapport avec l'étendue de l'épanchement, pour la hauteur et l'épaisseur, le séparerait des parois pectorales.

Quand l'épanchement date de quinze à vingt jours, le poumon est refoulé à la partie supérieure, et le liquide est situé au-dessous, à moins que l'organe respiratoire ne soit hépatisé ou retenu par des brides. La base du poumon présente une forme, un creux semi-sphérique, correspondant au liquide qui occupe la partie inférieure de la cavité.

Dans l'épanchement considérable (de trois livres et au-dessus), une foule de phénomènes ont lieu. Le poumon, rapetissé, comprimé, est refoulé de bas en haut, de dehors en dedans, d'avant en arrière. La diminution de son volume est en rapport avec l'étendue de l'épanchement. La poitrine éprouve une déformation; les parois costales du même côté, et quelquefois tout le côté du corps sont le siége d'une infiltration. Les espaces intercostaux sont distendus, les côtes écartées, portées en haut et en dehors, ce qui donne un développement plus considérable au côté affecté. D'autres fois, le liquide déprime latéralement les médiastins de façon à envahir une partie de la cavité opposée. C'est dans ces cas que le cœur éprouve un véritable déplacement par la pression du liquide.

La plèvre peut s'éroder, s'ulcérer sur un ou plusieurs points, et alors le liquide filtre à travers l'épaisseur des couches musculaires pour venir faire saillie sous la peau. Il nous est arrivé à nous-même de ponctionner une pareille tumeur, résultant d'un hydrothorax. D'autres fois, c'est la plèvre pulmonaire qui s'ulcère au-dessous d'un tubercule ramolli; le liquide s'échappe alors par quelque orifice bronchique, et est expectoré en quantité plus ou moins considérable. Les côtes elles-mêmes peuvent être attaquées par le liquide, quand il est purulent; on les a vues séparées de leur cartilage articulaire; le sternum peut être dénudé en un ou plusieurs points, quelquefois voussuré. Il existe aussi parfois des tumeurs sur les parois sternales, dues au simple refoulement de la plèvre par le liquide. Le refoulement du poumon,

par le liquide, dépend de ses conditions de liberté ou d'adhérence; repoussé en haut, dans le premier cas, comme nous l'avons dit, il l'est sur le point où il adhère dans le second. C'est ainsi que, quand sa base adhère au diaphragme, il peut se trouver aplati comme une galette en cet endroit.

Le tissu pulmonaire éprouve aussi de notables altérations. Il est condensé, privé d'air, grisâtre, non crépitant, et contient peu ou point de sang. Il est quelquefois tellement entouré et caché par des pseudo-membranes, plus ou moins épaisses et consistantes, que quelques observateurs peu attentifs ont pu le regarder comme complétement détruit. Les bronches sont généralement rétrécies. Il est cependant une disposition que nous devons signaler à leur égard. Par le plissement, le ratatinement du tissu pulmonaire, les gros tuyaux décrivent des courbes insolites, présentent un certain aplatissement, qui, par la force de compression atmosphérique, finit par dégénérer en véritable dilatation bronchique.

Ici se présente une question de haute importance pour la thoracentèse, question qui découle des altérations anatomiques; nous devons tâcher de lui donner une solution satisfaisante.

On sait que Laënnec a soutenu que le poumon refoulé depuis longtemps et privé d'air a perdu sa force expansive, qu'il n'est plus susceptible de se laisser pénétrer par l'air atmosphérique, de revenir à son ampliation première, de reprendre son volume normal. Cette thèse a trouvé de nombreux partisans, et on voit encore aujourd'hui M. Chomel l'adopter sans restriction.

Les observations produites par Heyfelder (1) prouvent au contraire évidemment que le poumon se laisse pénétrer par l'air inspiré, après avoir été comprimé, pendant un, deux, trois mois et plus, par un épanchement considérable. L'auteur de l'article HYDROTHORAX du *Dictionnaire des dictionnaires de médecine* émet également l'opinion que le poumon, réduit à son plus petit volume par un très-vaste épanchement, reprend son volume ordinaire, si on insuffle de l'air par la trachée.

M. Reynaud va encore plus loin. « Le plus souvent, dit-il, et lorsque l'épanchement existe depuis longtemps, le tissu pulmo-

(1) *Studien im Gebiete der Heilwissenschaft*. Stuttgart, 1836, t. I, p. 9-26.

naire ne présente, lorsqu'on l'incise, aucune bulle d'air; les bronches paraissent oblitérées; cependant, l'insufflation faite par la trachée y fait pénétrer l'air avec facilité; et, quelle qu'ait été la durée de la maladie, il est rare que le poumon ne se gonfle pas aussitôt, et qu'il ne reprenne pas le volume qu'il avait avant qu'il eût été comprimé par la sérosité.

Nous avons pu observer nous-même, dans différents cas où la thoracentèse a été pratiquée après deux ou trois mois d'existence de vaste épanchement, le déplissement immédiat du poumon, que l'on percevait par le murmure vésiculaire qui se faisait entendre jusque vers la base du côté malade, après l'opération. Ces cas, opérés par M. Jules Guérin, dans le service de M. le professeur Lévy, au Val-de-Grâce, et dans le nôtre, ont eu de nombreux témoins. Dans l'un d'eux, entre autres, l'épanchement remontait à une date de plus de trois mois; il semblait dû à une pleurite tout à fait latente; occupait un peu plus des deux tiers du côté gauche, suivant la percussion exercée si habilement par notre ami, le professeur Lévy. La soustraction du liquide s'éleva à deux litres environ. Il était citrin et fortement albumineux. Aussitôt après, nous pûmes tous entendre le murmure vésiculaire, qui s'étendait jusqu'à la base, où il était nul auparavant.

En présence de faits et d'affirmations si opposés de part et d'autre, il est évident qu'il doit y avoir du vrai des deux côtés. Voyons si quelques raisons peuvent intervenir pour démontrer ce qu'il y a de juste et d'erroné dans ces deux opinions opposées. En supposant que le poumon n'a été le siége d'aucune lésion morbide et d'aucune altération pathologique consécutive, telle qu'hépatisation rouge ou grise, splénisation, tuberculisation, et si, en même temps, il n'y a pas eu formation de brides pseudo-membraneuses, l'organe reviendra sur lui-même, se laissera pénétrer par l'air, dès que l'épanchement, quelque ancien qu'il soit, aura disparu; il reprendra sa place habituelle, c'est évident, et les faits pathologiques nombreux sont là pour le prouver.

Dans les cas d'altération organique, au contraire, il ne se laissera pénétrer que partiellement, ou pas du tout, par l'air insufflé ou inspiré. De même, s'il est retenu par des brides anciennes et un peu solides, quoique perméable à l'air, susceptible d'insufflation, il ne pourra venir prendre sa place habituelle, au moins

immédiatement. M. Chassaignac, et d'autres avec lui, prétendent que l'hépatisation rouge n'est pas un obstacle à la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires; et cette question, soulevée par le premier au sein de la Société de Chirurgie, en 1850, y a reçu une solution favorable. La majorité des membres s'est prononcée, d'après les expériences concluantes de plusieurs d'entre eux, sur la perméabilité à l'air, de la part du poumon hépatisé rouge. On voit donc que l'hépatisation rouge ne serait pas un obstacle à la pénétration de l'air dans le poumon, et à la reprise de son volume et de sa place habituels.

Quant aux adhérences, celles de fraîche date ne sont pas susceptibles de résister à la pression de l'air atmosphérique; elles se déchirent et cèdent sous son influence. Les anciennes seules sont susceptibles de retenir, au moins pendant un temps, le poumon dans la place où l'avait refoulé l'épanchement. Au reste, nous traiterons pleinement ce sujet intéressant en parlant de la thorarentèse. Outre le développement du côté affecté et la déviation du médiastin et du cœur qu'il occasionne, le vaste épanchement peut refouler en bas le diaphragme et avec lui les organes abdominaux sous-jacents. La plèvre sus-diaphragmatique peut s'ulcérer comme le diaphragme lui-même, et le liquide se faire jour dans la cavité abdominale ou dans le foie.

Outre sa plus ou moins grande abondance, qui peut varier depuis une jusqu'à huit et dix livres, le liquide épanché présente diverses qualités suivant les causes qui ont présidé à l'hydrothorax. Quand celui-ci résulte d'une inflammation des plèvres, il peut être louche, trouble, lactescent, purulent ou séro-purulent; il peut également présenter une teinte hématique, due à la présence de globules rouges du sang; il peut contenir en suspension des flocons albumineux de différentes couleurs. Dans le cas où le liquide est constitué par du sérum et du pus, celui-ci occupe les parties déclives en raison de sa pesanteur spécifique plus grande. Il n'est pas sans exemple de rencontrer à la suite de la pleurésie aiguë un liquide clair et citrin en apparence. Mais alors le microscope laisse encore découvrir des globules pyoïdes et des globules de pus en suspension. Quand il est purulent, sa couleur varie du blanc crémeux au jaune ou jaune verdâtre.

Dans la pleurésie chronique, le liquide est souvent limpide,

citrin, et contient une grande proportion d'albumine et quelque peu de fibrine ; d'autres fois, il présente le caractère de celui de la pleurésie aiguë. Enfin, en dehors de la pleurésie aiguë ou chronique, il est généralement clair et citrin comme dans les autres hydropisies ; il contient moins d'albumine que dans les cas précédents et peu de fibrine. Il peut toutefois revêtir la couleur hématique, caractère qu'on lui retrouve à un haut degré quand il y a scorbut.

Le liquide de l'hydrothorax est ordinairement inodore, à moins qu'il n'ait été en communication avec l'air atmosphérique. et dans ce cas il devient fétide en même temps qu'il revêt les caractères du pus, s'il ne les avait pas. Il peut être mêlé à du gaz provenant soit de quelque communication avec les bronches, soit d'une exhalation de la part des plèvres elles-mêmes, fait qui est constant dans la science aujourd'hui. Dans les cas de phthisie pulmonaire, de la matière tuberculeuse provenant d'une vomique s'immisce souvent à l'hydrothorax par communication de l'excavation pulmonaire avec la cavité pleurale.

Altérations des plèvres. Les plèvres costales et pulmonaires offrent, à leur tour, des lésions diverses, suivant les causes de l'épanchement et son ancienneté.

Elles peuvent être purement injectées, rouges, vascularisées et épaissies avec la même coloration. On rencontre parfois à leur surface une exsudation plastique variable en couleur, ou des couches de pus concret. Ces exsudations peuvent les recouvrir dans toute leur étendue ou n'exister que par plaques et alterner avec des portions rouges, injectées, arborisées, épaissies avec induration ou ramollissement.

En un mot, les plèvres présentent, en cas de pleurésie aiguë ou chronique, tous les caractères qu'on leur trouve à la suite de ces affections.

Quand l'hydrothorax est indépendant de la pleurésie, les plèvres ont des caractères variables suivant qu'il est ancien ou récent. Dans le premier cas, elles sont pâles, exsangues, hypertrophiées, avec ramollissement par la macération qu'elles ont subie de la part du liquide ; dans le second, elles conservent leur aspect et leur couleur normale, excepté quand l'épanchement

résulte d'une irritation pleurale où le feuillet séreux présente alors une rougeur plus ou moins intense, due à l'injection. Enfin, elles peuvent offrir à leur surface des tubercules en plus ou moins grand nombre et à divers degrés de développement, quand il y a diathèse tuberculeuse.

C'est à peine s'il est besoin de dire que le liquide épanché peut exister dans l'une ou les deux cavités pleurales à la fois, suivant que les plèvres ont été affectées dans un ou dans les deux côtés, ou bien suivant que la cause de l'hydrothorax existe dans un organe ou système dont le retentissement morbide se fait sentir sur toutes les surfaces exhalantes ; alors l'hydrothorax est double.

§ II. — Symptomatologie de l'hydrothorax.

Les signes de l'hydrothorax sont locaux ou généraux ; ils sont positifs ou relatifs. Ils varient suivant que l'épanchement est petit, moyen ou grand. Ils varient encore suivant qu'il est simple ou n'existe que dans un côté, suivant qu'il est double ou qu'il existe dans les deux côtés à la fois.

Procédons avec ordre. Les signes locaux sont fournis par l'exploration directe de la poitrine au moyen de la palpation, de la mensuration, de la percussion et de l'auscultation.

La palpation et la mensuration ne peuvent donner quelques résultats que dans les épanchements un peu considérables. A leur aide on peut constater l'intumescence des parois costales correspondantes à l'hydrothorax, et le plus ample développement du côté affecté. Sur treize cas d'hydrothorax occupant les deux tiers ou plus de tout un côté, nous n'avons trouvé que cinq fois un plus ample développement du côté malade ; le maximum a été de trois centimètres et demi, le minimum d'un centimètre, deux fois à droite et trois fois à gauche. De ces treize cas, huit portaient sur le côté gauche, cinq sur le côté droit. La palpation a pu nous donner quelques renseignements dans quatre cas où l'infiltration sous-cutanée donnait un aspect œdémateux au côté affecté. La pression avec les doigts déterminait une empreinte passagère sur la peau. A l'aide de la palpation, on peut encore percevoir une fluctuation profonde entre deux espaces intercostaux distendus.

C'est ainsi que dans un cas où nous pratiquâmes la thoracentèse nous pûmes percevoir une fluctuation non douteuse entre le cinquième et le sixième espace intercostal. C'est aussi avec son secours que, la main appliquée sur la paroi postérieure du côté affecté, si l'on fait parler le malade, on ne perçoit plus la vibration de la voix ou son frémissement vibratoire là où existe du liquide. La mensuration s'exécute avec une lanière graduée par centimètres et millimètres, dont on fixe l'extrémité, portant numéro un, sur la ligne médiane du sternum, un peu au-dessous du sein, et avec laquelle on fait le tour du tronc, en l'appliquant exactement partout et horizontalement, de façon à venir aboutir au même point médian d'où on était parti. On note alors le chiffre qui détermine le total de la circonférence; puis, marquant celui qui correspond à la partie moyenne de la saillie de l'épine dorsale, on a aisément le nombre de centimètres de développement pour l'un et l'autre côté; en faisant la soustraction de la somme de chaque côté sur la totalité générale, il reste la différence d'un côté à l'autre.

La percussion et l'auscultation sont les moyens à l'aide desquels on peut constater avec précision l'existence de l'hydrothorax et son degré d'étendue. C'est même par ces moyens seuls que l'on reconnaît à l'évidence ceux qui sont petits ou moyens. Admettons qu'en thèse générale le liquide occupe les points les plus déclives; la percussion rend un son mat ou très-obscur sur les points correspondants au liquide épanché, et un son plus clair, un son pneumonique, partout ailleurs. A l'auscultation on n'entend pas d'expansion vésiculaire là où le liquide existe; ou bien, si on l'entend, elle est faible, lointaine, séparée des parois costales par la présence du liquide interposé. Au-dessus du niveau du liquide, suivant l'abondance de l'épanchement, on peut entendre l'expansion vésiculaire pure et simple, ou la même expansion exagérée, ce qui donne à la respiration une nuance de souffle, ou une respiration soufflée bien caractérisée, ou le souffle tubaire dans toute son intensité.

Prenons les divers degrés d'épanchement aux trois points que nous avons admis avec M. Hirtz, pour mieux faciliter l'intelligence des phénomènes produits par la percussion et l'auscultation.

Dans un épanchement léger, le liquide, avons-nous-dit ailleurs, siége à la base, entre le poumon et le diaphragme. Si l'on percute le malade étant assis, on obtient un son mat ou obscur à la base postérieure, dans une étendue variable de bas en haut; tandis que le son est normal en avant, où il n'y a pas de liquide, à cause de la disposition inclinée du plancher du diaphragme. Dans les points où existe un son mat ou obscur, on perçoit à l'auscultation un murmure vésiculaire lointain, obscur ou affaibli. Souvent la voix du malade présente à cet endroit un retentissement particulier qui n'est point de l'égophonie, que quelques auteurs caractérisent du mot brédouillement, et que M. Hirtz est porté à regarder comme un commencement d'égophonie.

A mesure que le liquide augmente et s'élève dans la cavité, le son mat de la base s'élève aussi, en diminuant, toutefois, à mesure qu'on se rapproche du niveau du liquide, et présentant une obscurité de moins en moins prononcée. Personne, que nous sachions, n'a encore donné l'explication de ce phénomène; des expériences bien simples nous l'ont fournie. En thèse générale, des parois solides se transmettent de haut en bas le son qui leur est propre; seulement ce son est modifié par la présence des corps avec lesquels elles sont en contact. Ainsi les parties qui sont en contact avec le poumon donnent un son aérien. Ce son se transmet aux parties sous-jacentes des parois en contact avec le liquide lorsqu'on percute celles-ci ; mais cette transmission finit par s'éteindre à un certain point, masquée qu'elle est alors par le son humoral. Voici qui prouve ce que nous avançons : Si, sur une carafe à demi pleine d'eau, on percute les parois en contact avec l'air atmosphérique, on obtient un son aérien. Si l'on percute au niveau du liquide, le son aérien commence à s'obscurcir, mais il n'y a pas matité; si l'on percute à un, deux et trois travers de doigt au-dessous, il s'obscurcit encore davantage, pour devenir complétement mat ou humorique à un point encore inférieur : en sorte que là où commence le son obscur, là commence le liquide dans un épanchement. Bien entendu que ceci est en dehors de toute autre circonstance, telles que présence de pseudo-membrane, altération pulmonaire, etc.

A la partie antérieure de la poitrine, le malade étant assis, le

son obscur ou mat, et par conséquent le niveau du liquide, occupe toujours une moins grande étendue de haut en bas que postérieurement, en raison de la disposition du diaphragme. Ce qui revient à dire que le niveau supérieur est le même en avant et en arrière, mais que le niveau inférieur descend plus bas en arrière.

Convient-il d'établir, pour les résultats fournis par la percussion et l'auscultation dans un hydrothorax moyen, les divisions admises par M. Woillez, en épanchement récent ou de dix à douze jours de date, et en épanchement ancien? Si la manière de voir de cet auteur était réellement fondée et pratique, cette distinction serait de rigueur. Exposons cependant brièvement sa théorie.

Jusqu'alors il semblait généralement admis que les phénomènes perçus à l'aide de l'auscultation et de la percussion, dans un épanchement moyen, se déplacent suivant les diverses positions imprimées au malade. M. Woillez croit le contraire pour l'épanchement récent (1). Pour expliquer ce phénomène de non-déplacement du liquide, il a recours à la tendance qu'ont les poumons à revenir sur eux-mêmes pendant la vie et à s'éloigner des parois costales contre lesquelles ils ne se trouvent exactement appliqués que par effet de la pression atmosphérique. Cette tendance des poumons à revenir sur eux-mêmes, il la dénomme force concentrique propre à développer un vide entre ces organes et les côtes, ou mieux, entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale. D'après cette tendance au vide, quand un liquide un peu abondant s'épanche dans les plèvres, il obéit à la force concentrique pulmonaire ou d'aspiration, et se répand sur toute la surface de l'organe, au lieu de rester dans les parties déclives seules: de là, matité sur toute l'étendue occupée par le poumon, quelle que soit la position qu'on donne au malade, parce que cet organe reste entouré de toutes parts d'une couche de liquide. Par la même raison il ne peut y avoir d'égophonie en aucun endroit.

Tant que la force concentrique ou d'aspiration prédomine sur

(1) Woillez, *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, etc. Paris, 1838.

la force excentrique ou par pression atmosphérique, le liquide reste ainsi situé. C'est ce qui a lieu de prime abord. Mais ensuite ces deux forces deviennent moins prononcées, et la succion est moins intense. Le liquide obéit alors en partie à cette succion, en partie à la force de pesanteur. Si le sujet est assis ou debout, il devient plus abondant à la partie inférieure, et son épaisseur va en diminuant de la base au sommet, qu'il ne peut atteindre. Le son, complétement mat inférieurement, le devient de moins en moins en s'élevant en haut, pour être clair au sommet; et l'expansion vésiculaire, nulle en bas, ou remplacée par du souffle tubaire, s'entend successivement de mieux en mieux en remontant. On entend quelquefois de l'égophonie au sommet. Cette égophonie marque alors le niveau du liquide. Definitivement, la force de succion devenant impuissante, le liquide suit les lois de la pesanteur et s'amasse dans les parties inférieures.

Cette manière de voir de l'auteur mérite une sérieuse attention; et pour notre compte nous ne serions pas loin de lui accorder une valeur réelle, d'après quelques faits que nous avons observés, valeur réelle quant au fait, et non quant à l'explication.

M. Woillez prétend expliquer ainsi les faits nombreux observés par Laënnec et d'autres, où, dès le début, on a vu un épanchement qui a donné lieu à une matité générale du côté affecté.

Nous devons dire qu'il nous est arrivé plusieurs fois à nous-même de nous trouver en présence de cas pareils. Le plus intéressant est celui d'un malade entré dans nos salles, au Val-de-Grâce, dans le courant de juillet 1850. Ce malade portait un épanchement de tout le côté gauche, sans gêne marquée de la respiration. Il y avait matité de tout le côté, tant antérieurement que postérieurement, excepté au sommet, où existait, avec un son clair, un souffle tubaire très-prononcé, tandis qu'ailleurs il y avait absence complète de bruit respiratoire. Rien ne changeait, suivant que le malade était assis ou couché. L'absence de toute douleur ne nous empêcha point de rattacher cet hydrothorax à une pleurésie sourde, latente; nous voulions pratiquer la thoracentèse, quand M. Lévy nous en détourna, le commémoratif et l'état du sujet ne lui paraissant pas présenter des chances favorables pour l'issue de l'opération.

Ce malade fut soumis, en conséquence, à un traitement convenable. Trois jours après, nous étions surpris de voir l'épanchement réduit au tiers inférieur. Crainte de méprise de notre part, nous nous adressâmes aux lumières de notre maître et ami, M. Lévy. Ce savant professeur constata le même résultat. Quoiqu'il interprétât différemment cette brusque disparition d'une grande quantité de liquide, il demeura constant pour nous que celui-ci n'avait pas diminué aussi rapidement, mais que, retenu autour du poumon, lors de notre premier examen, il avait fini par regagner les parties déclives ultérieurement.

Hâtons-nous de dire cependant que, dans une très-grande partie des épanchements moyens, même récents, les diverses positions qu'on imprime au malade déplacent le niveau du liquide, et font varier les signes fournis par la percussion et l'auscultation. Donc, l'explication donnée par M. Woillez, dans les cas contraires, est insuffisante; et il est, sans doute, des conditions qu'il reste à déterminer nettement. Il est probable que la rapidité ou la lenteur avec laquelle se fait l'épanchement ne sont pas étrangères à l'ascension du liquide par effet d'aspiration pulmonaire, ou à sa chute dans les parties déclives, suivant les lois de la pesanteur.

Quoi qu'il en soit, le médecin devra toujours se méfier quand il se trouvera en présence d'un épanchement qui aura gagné rapidement tout un côté sans causer de grande gêne de la respiration; car il pourrait bien se faire que cet épanchement si considérable se réduisît, quelques jours après, au tiers inférieur, ce qu'il ne faudrait pas toujours attribuer à une rapide résorption, mais bien plutôt aux phénomènes signalés par M. Woillez.

Ainsi donc, dans l'épanchement moyen et en thèse générale, la percussion donne un son obscur ou mat sur les points occupés par le liquide : c'est là le moyen le plus exact d'en mesurer l'étendue. Les signes fournis par l'auscultation varient suivant des circonstances qui ne nous sont pas encore bien connues. Cependant, on n'entend ordinairement dans la partie inférieure aucun bruit respiratoire. A mesure qu'on se rapproche du niveau du liquide, on peut entendre une respiration plus ou moins soufflée, qui remonte au-dessus de lui. Rarement on entend le vrai souffle tubaire; et très-souvent, au-dessus du liquide, la respiration n'a subi aucune modification ou n'est devenue qu'un peu puérile.

Nous allons voir, tout à l'heure, que ces conditions sont bien changées dans l'épanchement considérable.

« M. Gendrin regarde la matité rendue par les parties thoraciques correspondantes à l'épanchement comme le résultat de la présence du liquide et de la compression des cellules pulmonaires, qui se laissent facilement déprimer par la collection, qui expulse ainsi l'air qu'elles contiennent. Ce sont les plus superficielles qui ne sont plus perméables. Si la pression ne s'exerce pas trop profondément, on trouve encore à l'auscultation le murmure vésiculaire, mais il est affaibli ; à l'expiration, le bruit respiratoire a disparu pour faire place à un léger bruit de souffle. Si l'épanchement augmente, il peut aller jusqu'à comprimer non-seulement les vésicules, mais encore une partie des ramifications bronchiques. Le tiers, la moitié même de la masse totale des poumons peut être soumise à la compression. Alors, le bruit d'expansion vésiculaire n'est plus perceptible ; il y a même, pendant l'inspiration, un bruit de souffle produit par les vibrations de l'air pénétrant dans les ramifications bronchiques, et venant se heurter dans les vésicules terminées en cul-de-sac. A l'expiration, le souffle est encore plus marqué. Si l'épanchement devient encore plus considérable et que le poumon soit refoulé en haut (épanchement vaste), il y a absence complète de bruit respiratoire à la base, au milieu bruit de souffle aux deux temps, mais au sommet ce souffle n'existe qu'à l'expiration, tandis que l'inspiration est accompagnée d'un peu d'expansion vésiculaire.

« Quand la couche du liquide est mince, les mouvements respiratoires et l'action des poumons n'exercent souvent qu'une compression légère ; et, si l'on fait parler le malade pendant qu'on l'ausculte, on a la sensation d'un phénomène qui a ici son explication : la couche de liquide, étant dans des conditions de vibrations variables, suivant son épaisseur, pourra, à l'endroit où elle ne forme plus qu'une simple lamelle, donner lieu à des résultats presque normaux pour ce qui concerne l'auscultation et la percussion, car elle est immédiatement en contact avec le poumon, qui n'est lui-même que très-peu comprimé. Si le malade vient à parler, la couche que forme l'épanchement reçoit, de l'air disséminé dans les cellules et mis en mouvement par la phonation, des vibrations sonores qu'elle transmet à l'oreille du médecin. La

voix paraît aiguë, tremblotante, ressemblant à celle de la chèvre, d'où le nom d'égophonie. Comme on le voit, deux conditions sont nécessaires pour l'égophonie : l'interposition d'une couche très-mince de liquide entre les deux feuillets pleuraux, et la perméabilité des vésicules pulmonaires sous-jacentes. Aussi l'égophonie ne s'observe-t-elle qu'à la partie supérieure des épanchements, là où ils ont peu d'épaisseur ; elle disparaît si la couche du liquide s'accroît, et se montre de nouveau quand cette dernière diminue, ou qu'il n'y a plus que des pseudo-membranes imprégnées d'humidité. L'égophonie prouve donc que l'épanchement est peu considérable, et que les cellules sont encore perméables à l'air ; car ce sont là deux conditions indispensables à sa production. Son apparition indique, en outre, que l'épanchement est en voie de résorption ; tandis que sa disparition brusque, avec la persistance de la matité, est un signe de l'accroissement de la couche liquide interposée (1). »

Toutes ces explications données par le savant médecin de la Pitié, pour être parfaitement plausibles, ne sont pas des démonstrations rigoureuses.

Sur quinze cas d'épanchement moyen, n'occupant pas plus de la moitié d'un côté, ou un peu moins, nous avons noté une absence complète de bruit respiratoire à la base onze fois. Trois fois nous avons perçu une respiration faible, lointaine ; une seule fois nous avons perçu un bruit de souffle un peu rude, qui diminuait à mesure qu'on s'élevait au-dessus du niveau du liquide ; cinq fois nous avons pu constater un souffle bronchique partant du niveau du liquide au-dessus.

Il n'est pas rare de percevoir, dans les épanchements faibles et quelquefois dans les moyens, surtout sur les parois postérieures, un bruit particulier qu'on peut assez bien comparer à du râle muqueux très-superficiel. Ce bruit, qu'on peut désigner sous le nom de crépitation pleurale humide, est un bruit hydraulique dont on ne se rend pas un compte exact. Il semblerait dû à l'effet de l'aspiration pleurale sur le liquide. Ce n'est point le bruit de frottement humide qui accompagne les mouvements d'élévation et d'abaissement des côtes, quand il y a fausses membranes ou

(1) Gendrin, *Gazette des Hôpitaux*, 17 juin 1851.

coagulation d'une couche liquide. Celui-ci n'arrive qu'à une certaine époque de l'épanchement, l'autre se manifeste dès le début. Le premier accompagne l'expansion pulmonaire, semble se passer dans la partie la plus superficielle du poumon, et se compose d'une foule de bulles humides, crépitantes; le second présente la nuance caractérisée de frottement, et n'est point bullaire.

C'est dans les épanchements moyens qu'on entend le plus ordinairement l'égophonie; cette modification de la voix se perçoit au niveau du liquide, surtout vers la direction de l'angle inférieur de l'omoplate, entre cet os et la mamelle. Il n'est pas rare de percevoir de la bronchophonie dans les points où le son est clair, comme aussi on perçoit quelquefois un mélange d'égophonie et de bronchophonie, phénomène que quelques auteurs expliquent par l'existence de la bronchophonie au niveau d'un gros tronc bronchique. M. Piorry a encore signalé un retentissement particulier de la voix, qu'il appelle voix sénile ou égophonie à distance, caractérisée par un timbre aigu et cassé, se joignant à l'articulation incomplétement accentuée des mots. Ce signe est d'une grande valeur pour ce professeur. Néanmoins, ces diverses nuances de retentissement de la voix peuvent faire complétement défaut. Quand elles existent, elles fournissent un moyen précieux de diagnostic, qui, joint à ceux fournis par la percussion et aux modifications de la respiration, ne laissent plus aucun doute sur l'existence de l'épanchement et de son niveau, que l'on peut marquer avec précision.

Tous ces différents signes varient suivant les positions diverses qu'affecte le malade, et suivant le niveau que prend le liquide, excepté, comme nous l'avons vu, dans quelques cas particuliers, cas que M. Woillez généralise à tous les épanchements récents.

M. J. B. S. Jackson croit, d'après ses observations propres, que tous les auteurs sont restés bien au-dessous de la vérité, quant à la fréquence du souffle tubaire dans l'épanchement pleural. Il dit l'avoir rencontré à peu près constamment, pour son compte. Les assertions de l'auteur anglais se trouvent en contradiction avec les observations de M. Grisolle, qui n'a trouvé le souffle tubaire que dans la moitié des cas, et de MM. Barth et Roger, qui ne l'ont rencontré que 9 fois sur 26. Il y a évidemment erreur de la part de M. Jackson, et il est probable

qu'il aura rangé sur le même niveau le souffle tubaire et une respiration plus ou moins soufflée. La distance qui sépare les proportions de MM. Barth et Roger d'une part, et Grisolle de l'autre, tient peut-être à ce que les premiers auront eu affaire à une plus grande quantité d'épanchements moyens, tandis que le second aura eu affaire à une plus grande quantité d'épanchements considérables, où, effectivement, le souffle tubaire ne fait presque jamais défaut, s'ils ne sont pas à pleine poitrine.

D'après MM. Barth et Roger, la respiration bronchique serait très-souvent faible, mal dessinée, non tubaire, un un mot; parfois elle est rude, aiguë, comme si l'air traversait des tuyaux applatis.

M. James Jackson, professe que, dans l'hydrothorax, la respiration devient quelquefois égophonique, c'est-à-dire chevrotante; et quand elle n'est pas chevrotante, il la trouve toujours plus ou moins rude.

Nous devons faire remarquer que, généralement, cette rudesse de respiration n'existe que dans les mouvements respiratoires un peu forcés, qu'elle n'a lieu parfois que dans l'inspiration, et enfin qu'elle offre ordinairement le caractère d'un bruit éloigné.

Au reste, les conditions qui engendrent la respiration tubaire ne nous sont pas encore parfaitement bien connues.

Quand l'épanchement remplit exactement tout un côté, il y a matité partout, quelle que soit la position que l'on donne au malade, et partout il y a absence de bruit respiratoire normal ou anormal. Mais si, pour être vaste, l'épanchement ne remplit pas toute la cavité, on a à la percussion un son d'autant plus clair sous la clavicule, que le poumon refoulé présente à l'air qui le pénètre un plus grand espace à occuper d'arrière en avant: c'est-à-dire que, dans le même espace, le poumon présente, par son aplatissement, un plus grand nombre de cellules aérées; la résonnance peut même être tympanique. Ce signe a été signalé pour la première fois par M. le professeur Lévy. C'est dans l'épanchement occupant les deux tiers inférieurs qu'on le rencontre dans toute sa plénitude.

La respiration est en même temps fortement bronchique au tiers supérieur, ou le souffle tubaire s'y manifeste dans toute sa force.

Si dans un vaste hydrothorax on examine la poitrine à nu, on remarque que les mouvements respiratoires du côté malade sont plus faibles que ceux de l'autre côté, et quelquefois nuls. Il y a une notable différence entre les mouvements des côtes d'un côté à l'autre.

La main appliquée sur l'épigastre compte les mouvements inspirateurs qui dépassent plus ou moins la moyenne ordinaire.

La succussion hippocratique ne peut faire entendre de bruit de flot que quand il y a en même temps des gaz et du liquide dans le côté, quoique quelques nouvelles assertions semblent vouloir prouver le contraire.

Le tintement métallique, quand il est perçu, indique clairement aussi qu'il y a des gaz épanchés avec le liquide, quelle que soit, du reste, l'explication qu'on donne sur la formation de ce bruit.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la mensuration ne donne des résultats satisfaisants que dans les épanchements vastes, et pas dans tous les cas, parce que la pression du liquide peut s'exercer latéralement en dedans sur le médiastin, aux dépens du côté opposé, et sur le diaphragme.

Signes généraux ou relatifs. La dyspnée est en raison directe de l'étendue qu'occupe le liquide quand l'hydrothorax est simple. Peu ou point appréciable quand l'épanchement est petit, elle se manifeste déjà d'une manière prononcée quand il est moyen ; elle peut être portée à un haut point quand il est très-considérable. On observe cependant quelques cas où, malgré l'existence d'un vaste hydrothorax, la gêne de respiration est peu prononcée, et quelquefois pas perçue par le malade, à moins qu'il ne coure ou ne monte un escalier, ne gravisse une côte : c'est qu'alors l'épanchement s'est effectué avec lenteur et que le poumon s'est habitué peu à peu à la compression. C'est dans les vastes épanchements à formation rapide que se manifeste au plus haut degré la gêne de respiration ; c'est surtout dans l'hydrothorax double que le malade est plus suffoqué. Il y a ordinairement orthopnée quand le double épanchement occupe une étendue un peu considérable dans chaque côté.

C'est dans le vaste hydrothorax que les parois du même côté

s'infiltrent ; cette infiltration peut gagner tout le tissu cellulaire du même côté du corps. Le cœur peut être déjeté à droite ou à gauche, suivant le siége de l'épanchement. Dans le dernier cas, les battements se font sentir vers l'angle des côtes et quelquefois jusque sous l'omoplate de ce côté ; dans le premier, ils sont perçus sur la ligne médiane du sternum, et quelquefois un peu à droite de cette ligne. Au reste, la percussion donne la limite de l'extension de l'épanchement qui empiète ainsi sur le côté opposé par le refoulement du médiastin.

On a dit que le pouls est petit, faible, fréquent (100, 110, 120), irrégulier dans l'hydrothorax.

Il n'y a rien de constant à cet égard. S'il est des cas où le pouls présente ces types, dans d'autres, au contraire, il reste normal ou présente des types opposés. Il est des hydrothorax tout à fait apyrétiques. Quand il y a pyrexie, il y a généralement exacerbation le soir ou à certaines heures du jour où le pouls redouble de fréquence.

La nutrition est grandement influencée dans les épanchements pleuraux ; mais à une certaine époque, c'est la cause initiale qui joue un grand rôle dans les troubles de cette fonction : car, tandis que certains malades conservent encore assez d'embonpoint avec un hydrothorax de même étendue, d'autres maigrissent à vue d'œil tout en mangeant. Chez ces derniers la peau devient sèche et terreuse.

Le sommeil est rare, brusquement interrompu, chez beaucoup de malades ; il en est d'autres, au contraire, qui dorment d'un sommeil calme et paisible. L'intelligence reste intacte, à moins de complication.

Le décubitus du malade offre une importance marquée pour la symptomatologie. Il a lieu le plus ordinairement sur le côté affecté dans les cas d'épanchement simple. La raison en est claire : les malades le font par instinct. Dans cette position, le côté sain conserve toute sa liberté d'action pour suffire aux exigences des besoins respiratoires. Quand l'hydrothorax est double, le décubitus a lieu sur le dos, la tête élevée : quelquefois le malade est obligé de dormir assis dans son lit : c'est quand il y a orthopnée, quand le double épanchement est considérable.

Quand l'hydrothorax est double, la symptomatologie découle

des mêmes sources; la palpation et la mensuration ne peuvent donner alors de résultats que quand l'un des deux côtés offre beaucoup plus d'amplitude que l'autre. L'issue rapide de cette espèce l'empêche ordinairement d'en arriver là.

La percussion et l'auscultation fournissent exactement les mêmes données que dans l'épanchement simple. Ce sont ces deux signes qui donnent avec précision le niveau occupé par le liquide. Rarement les deux épanchements occupent le même niveau; plus souvent, l'un des deux prédomine sur l'autre; et quand ils sont grands tous les deux, l'issue est promptement funeste.

Souvent, quand l'un des épanchements est grand, celui qui est faible survient consécutivement et comme par imbibition de la séreuse.

Marche, durée, terminaison. La nature de la cause de l'hydrothorax a la plus grande influence sur sa marche, sa durée, comme sur sa terminaison. C'est ainsi que quand l'épanchement résulte de la phlegmasie aiguë ou subaiguë de la plèvre, il se produit avec rapidité, et sa durée est bien moins longue, toutes choses égales d'ailleurs. S'il résulte de la phlegmasie chronique, son développement, quoique plus lent et insensible d'habitude, peut néanmoins s'effectuer quelquefois encore avec rapidité; mais sa durée est bien autrement longue. S'il se lie à une diathèse tuberculeuse, le développement peut être lent ou rapide, suivant les circonstances; la durée dépasse encore de beaucoup celle des cas précédents. Cependant il n'est pas rare de voir des épanchements par tubercules pleuraux se résorber avec une telle promptitude, qu'on craint de s'être trompé sur leur étendue, leur existence même, surtout quand on examine le malade à quelques jours d'intervalle et qu'on ne trouve plus ou que peu de liquide. En revanche, ces mêmes épanchements ne tardent pas à se reproduire, et cela avec la même spontanéité qu'ils avaient disparu. Celui par irritation sécrétoire ou congestive des plèvres est celui de tous dont le développement se fait avec plus de rapidité, comme il arrive le le plus promptement à la terminaison, pourvu que cette hypercrinie ne se rattache point à la suppression d'un flux normal ou anormal, à une lésion organique, et que le sujet ne soit pas dans de mauvaises conditions générales.

L'hydrothorax consécutif aux affections organiques du cœur, à un obstacle au cours du sang. et que M. Bouillaud caractérise de passif, marche avec plus de lenteur que les autres. Il dure aussi bien autrement longtemps, et reste souvent indestructible.

Parmi ceux qui se rattachent aux altérations du sang, et qui surviennent conjointement avec d'autres hydropisies, les uns ont une apparition brusque, une marche rapide, une terminaison prompte, comme les autres suffusions séreuses auxquelles ils se rattachent : ce sont ceux que cause la polyémie ou exubérance du sang ; les autres, produits par l'anémie albuminurique primitive ou consécutive, se caractérisent par leur avénement ténébreux, leur progression sourde, lente, irrégulière, et sont, sous le rapport de la durée, d'une ténacité qu'explique facilement la source qui leur fournit l'aliment.

La marche varie encore généralement suivant que l'épanchement est simple ou double. Le dernier, qui, dans la pluralité des cas, a une cause dont les effets retentissent sur toutes les séreuses sécrétantes, offre d'abord toutes les variations de l'hydrothorax simple soumis à la même influence ; il trouve, de plus, dans la double collection une raison d'être plus long et plus grave. Les diverses complications sont susceptibles ici, comme dans toutes les autres maladies, d'intervertir la marche de l'hydropisie.

La mort peut survenir de plusieurs manières : par asphyxie, par résorption purulente, ou par fièvre hectique, avec marasme dû à la présence trop prolongée d'une grande quantité de liquide.

La guérison a lieu par résorption du liquide, ou par son évacuation au dehors. Il est une autre sorte de guérison intermédiaire ou plutôt de terminaison momentanée. Nous voulons parler de l'enkystement de certains épanchements à moitié résorbés. Ainsi enkystés par la formation de pseudo-membranes solides qui les enveloppent, ils peuvent exister des années entières sans nuire trop à la santé ultérieure du sujet, si, du reste, il n'existe aucune autre maladie. Les exemples d'épanchements ainsi enkystés qui ont duré des années ne sont pas rares. Nous en avons observé un révélé par l'autopsie, et dont l'origine, suivant le commémoratif, ne remontait pas à moins de dix ans de date.

La résorption du liquide peut être complète sans organisation de fausses membranes, sans coagulation de partie du liquide. C'est dans les hydrothorax indépendants de toute phlegmasie pleurale initiale, concomitante ou consécutive, que cela a lieu plus particulièrement. Alors il manque au liquide le principal élément de coagulation, la fibrine, et l'albumine est souvent au-dessous du chiffre de celle du sang. Elle peut être incomplète : dans ce cas, une partie du liquide se transforme en paquets gélatineux adhérents aux plèvres et susceptibles d'organisation ultérieure.

L'évacuation du liquide est spontanée ou par effort de la nature, ou bien elle est le résultat de l'art.

La résorption du liquide se reconnaît au retour du son clair ou demi-clair dans les points précédemment mats, à l'apparition de l'expansion vésiculaire là où il y avait absence complète de bruit respiratoire ou bruit respiratoire anormal, à la disparition de la bronchophonie ou égophonie, s'il en existait, à la réapparition du frémissement vibratoire sous la main appliquée sur les parois thoraciques, à la plus régulière mobilité de ces mêmes parois, au retour du côté à son développement normal et quelquefois à un développement moindre par le retrait des côtes et espaces intercostaux. Mais il faut se rappeler qu'un épanchement récent dont le liquide retombe dans les parties déclives au bout de quelques jours peut en imposer et faire croire à une résorption rapide; on évitera l'erreur s'il y a absence de respiration bronchique et d'égophonie dans les points où est retombé le liquide. Quand il y a résorption, au contraire, dans l'épanchement moyen et récent, le poumon restant encore en partie plongé dans le liquide, celui-ci reste étendu en nappe autour de quelques portions pulmonaires; or, d'après M. Hirtz, cette disposition étant encore favorable à la production de la respiration bronchique et de l'égophonie, la présence de l'un de ces deux signes au niveau du liquide descendu indique qu'il y a résorption et non chute pure et simple de la sérosité dans les parties déclives, entraînée par les lois de la pesanteur.

Il arrive assez souvent, pour les épanchements un peu anciens, que le liquide se résorbe, et que la matité persiste, quoiqu'à un degré bien plus faible, dans les points qu'elle occu-

pait ; en même temps on perçoit sur ces mêmes points une expansion vésiculaire très-faible et lointaine. C'est qu'alors, après le retrait du liquide, il reste des plaques albumineuses ou fibrineuses adhérentes aux parois costales. Il faut une oreille très-exercée pour prononcer sur la résorption. C'est ce qu'on appelle résorption incomplète.

L'ouverture spontanée du thorax sous la pression du liquide arrive quelquefois. Il se forme une tumeur sur l'un des espaces intercostaux ; et la peau, amincie en cet endroit, finit par se perforer en un ou plusieurs points pour donner issue à une quantité plus ou moins considérable de liquide, et cela pendant un temps plus ou moins long. Il existe, dans la science, des exemples de guérison par cette heureuse tendance de la nature. Nous en avons observé nous-même deux très-remarquables que nous aurons occasion de citer au sujet du traitement, pour faire mieux sentir la nécessité de l'intervention de l'art dans l'opération de la thoracentèse.

Il est peut-être plus fréquent encore de voir le liquide d'un épanchement se frayer une voie à travers quelque grosse bronche, par un orifice fistuleux résultant de la fonte de tubercules ou d'une ulcération, pour s'évacuer au dehors sous les efforts répétés d'expiration et d'expectoration. Nous avons observé trois cas pareils : dans deux l'issue a été funeste. Nous devons, en terminant ce qui a trait à la marche, la durée et la terminaison de l'hydrothorax, rappeler que les circonstances d'âge, de constitution, de complications, ont, outre l'état morbide principal, une grande influence pour les modifier et changer leur allure ordinaire.

§ III. — Pronostic.

Le pronostic de l'hydrothorax découle, comme celui des autres hydropisies, de la nature de sa cause, de l'âge du sujet, de sa constitution, des diathèses préexistantes, des complications, en un mot, de circonstances multiples dont il faut tenir un compte scrupuleux ; mais il emprunte une gravité plus grande que celui des autres hydropisies à l'importance des organes voisins et des fonctions indispensables à la vie, qu'il peut plus ou moins rapidement compromettre.

Aussi l'hydrothorax double est plus menaçant que le simple; et c'est sous ce rapport que nous acceptons le pronostic fâcheux porté sur celui qui se manifeste après les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, ou après la dessiccation d'un exanthème. Ici, la cause étant générale ou agissant d'une façon générale, l'épanchement est presque toujours double; et, ajouté aux vastes perturbations portées dans l'organisme par les altérations profondes du liquide sanguin ou des solides, il doit nécessairement entraîner une issue funeste, puisqu'il gêne considérablement les fonctions respiratoires et d'hématose.

Sous le rapport du volume, on conçoit que l'hydrothorax est d'autant plus grave qu'il est plus étendu. Celui qui est apyrétique est moins à redouter, en thèse générale, que celui qui imprime un mouvement fébrile soutenu et souvent exacerbé.

Les épanchements liés à un état phlogistique de la plèvre, ceux dus à une irritation congestive de cette séreuse, sont bien moins à redouter que ceux qui se lient à une affection organique du cœur, à une tuberculisation pleuro-pulmonaire, à l'anémie albumniurique initiale ou consécutive, à diverses dégénérescences, aux obstacles à la circulation, etc.

On peut dire qu'il est très-exceptionnel de voir succomber un malade à un épanchement, suite de pleurésie. — L'existence d'autres collections séreuses plus ou moins considérables ajoute à la gravité du pronostic, non-seulement en ce qu'elle témoigne que l'hydrothorax est dû à une cause incurable, ou d'une action générale et puissante, mais parce que ce liquide épanché ajoute encore, par la compression qu'il exerce sur une grande étendue de capillaires, à la gêne qu'éprouve la circulation par la pression plus ou moins prononcée des organes circulatoires et respiratoires.

L'hydrothorax chez les jeunes enfants est plus grave que chez les adultes, et celui qui atteint la vieillesse est bien autrement à craindre que celui qui frappe l'âge mûr, toutes choses égales. Enfin, le médecin devra toujours se rappeler, pour porter son pronostic, la division que nous avons établie pour les hydropisies en général. Une bonne partie de ceux qui se rapportent à notre première classe présentent les circonstances les plus heureuses sous le rapport du jugement à établir; d'autres au con-

traire, ceux consécutifs aux dégénérescences, à un obstacle au cours du sang veineux, ne laissent que peu d'espoir de curabilité, et menacent prochainement l'existence s'ils sont un peu vastes.

Ceux qui sont le résultat d'une altération du sang, ou d'une double altération des solides et du sang, offrent, sous le rapport du pronostic, le même jugement à porter que les autres hydropisies avec lesquelles ils existent conjointement, jugement qu'il faut étayer de la somme de chances fournies par l'épanchement pleural lui-même.

§ IV. — Complications.

De ces complications, les unes découlent de la même source que l'hydrothorax : telles sont l'anasarque, l'œdème pulmonaire, l'hydropéricarde, l'ascite. D'autres se rattachent à une cause de même nature, ayant agi en même temps sur d'autres organes : telle est la pneumonie survenue en même temps que la pleurite qui a engendré l'épanchement, la bronchite, etc. Cette hydropisie est, du reste, susceptible de marcher en coïncidence avec une foule d'affections, ou de s'en compliquer, soit qu'elle ait été pour quelque chose dans leur manifestation, soit qu'elle y ait été complétement étrangère.

Nous avons déjà donné les moyens de reconnaître la plupart de ces complications dans nos précédents articles. Nous devons insister sur deux seulement, l'œdème pulmonaire et le pneumothorax, à cause des difficultés sérieuses que peut présenter leur diagnostic.

L'œdème pulmonaire peut exister seulement dans le côté opposé à l'épanchement, ou dans les deux côtés à la fois, et alors la gêne de respiration est portée à son comble. Celui qui existe sur le côté exempt d'épanchement est facile à reconnaître par les signes qui lui sont propres. Il n'en est pas de même pour celui qui siégerait du même côté que l'épanchement. Si celui-ci était moyen, il pourrait se faire que l'œdème se traduisît, dans les parties supérieures, par une crépitation humide, voilée en grande partie par la respiration bronchique. Cette circonstance de cré-

pitation humide avec résonnance seulement obscurcie, à la percussion, dans les points qui en sont le siége, doit faire présumer l'œdème pulmonaire, si surtout le commémoratif et tous les autres signes excluent d'une manière positive la pneumonie concomitante.

Quant à reconnaître une pneumonie de complication sur le même côté, la chose nous paraît plus aisée. En effet, en supposant que cette affection complique un épanchement moyen du même côté, elle sera au premier, au deuxième ou au troisième degré. Le premier degré de la pneumonie se traduit par une expectoration rouillée ou jaunâtre, visqueuse, qui lui appartient en propre. Si cette expectoration a lieu, la pneumonie ne peut être méconnue. Quand elle est au deuxième degré, après avoir percuté le malade dans la position assise, et constaté une matité inférieure due à la présence du liquide, on exerce la même exploration dans le décubitus dorsal. Si la matité inférieure se déplace alors pour devenir tout à fait postérieure, et que la partie antérieure reste claire, il devient évident qu'il n'y a pas pneumonie, surtout quand les autres signes de cette maladie font défaut. Mais si, dans cette même position, la partie postérieure et la latérale la plus voisine deviennent mates, si en même temps la base antérieure reste mate aussi et qu'à cette surface l'auscultation perçoive du souffle tubaire, la pneumonie au deuxième degré devient évidente. Celle au troisième degré se traduirait par les mêmes signes joints à une expectoration visqueuse et purulente, à un état fébrile très-intense, au plaqué rouge de la pommette du même côté.

Il devient très-difficile de diagnostiquer l'hydropéricarde qui complique un épanchement du côté gauche, si celui-ci est vaste. Il n'y a guère que les troubles plus considérables de la circulation et de la respiration qui puissent mettre sur la voie. Les battements du cœur sont en même temps plus éloignés, plus profonds, puisque deux couches de liquide contenues dans deux parties différentes isolent cet organe des parois costales. Mais tout cela n'offre rien de positif.

Dans l'épanchement moyen, au contraire, on a plus de données. En effet, l'hydropéricarde fournit, dans ce cas, une matité antérieure qui se trouve au niveau de la matité postérieure : ce

qui n'arriverait pas sans hydropéricarde, puisque dans l'épanchement moyen le liquide remonte plus haut en arrière qu'en avant dans la position assise. Il peut y avoir aussi une certaine voussure précordiale résultant de l'hydropéricarde.

La complication de pneumothorax se reconnaît à des signes assez précis. Il s'agit ici de la présence d'air dans la cavité pleurale où existe l'épanchement. Le son tympanique au-dessus du son mat dû à la présence du liquide, assez souvent la dilatation des parois costales au niveau des parties à son tympanique, l'absence complète de bruit respiratoire sur les parties qui sont le siége de l'épanchement d'air et qui donnent la résonnance tympanique, voilà des signes qui ont une valeur positive pour reconnaître cette complication. — Si, maintenant, on entend le tintement métallique, un bruit de souffle amphorique plus ou moins tranché, il n'y a plus aucun signe qui fasse défaut. C'est ici que la succussion hippocratique peut donner surtout la sensation d'un bruit de flot, dû à l'agitation du liquide dans un espace aéré. Cette complication arrive, la plupart du temps, par suite de tuberculisation pulmonaire, au moyen d'une communication fistuleuse de la part du poumon avec la cavité pleurale. On a observé cependant des cas où on ne pouvait trouver nulle part une communication de cette espèce. — M. Henri Gintrac (de Bordeaux) en a cité un exemple des plus beaux (1).

Les tubercules pleuraux ne sauraient être considérés comme une complication de l'hydrothorax dans la plupart des cas, puisque souvent ces corps étrangers sont cause de cette hydropisie. Néanmoins, il peut arriver qu'un hydrothorax se forme indépendamment de l'action des tubercules, et par une cause sensible et appréciable. Alors l'irritation pleurale déterminée par les tubercules en plus ou moins grand nombre ajoute à l'effet déjà produit, ou sert à entretenir l'épanchement. Dans ces circonstances, la tuberculisation pleurale mérite le titre de complication.

§ V. — Étiologie de l'hydrothorax.

Pour bien établir l'étiologie de l'hydrothorax, il faut le considérer suivant qu'il apparaît primitivement seul, ou qu'il débute

(1) *Gazette médicale*. Paris, 1840.

avec l'anasarque ou d'autres suffusions séreuses, ou en est précédé. Dans le premier cas, il est presque constamment le résultat d'une altération pleurale plus ou moins appréciable en anatomie pathologique, ou en phénoménalité morbide. Dans le second, il découle d'une cause qui, placée en dehors des plèvres, fait ressentir son effet d'une manière plus ou moins générale sur les diverses séreuses sécrétantes; ou bien, il résulte d'un effet d'imbibition toute mécanique, d'un obstacle secondaire à la circulation, d'une métastase séreuse, d'une action sympathique de la part des tissus de même nature.

Qu'un hydrothorax se présente primitivement seul, on aura à rechercher sa cause soit dans une irritation sécrétoire de la plèvre, soit dans l'inflammation aiguë ou chronique de cette membrane. Tout ce qui est susceptible d'amener l'un de ces états morbides de la séreuse pleuropulmonaire pourra donc lui donner naissance, quel que soit, du reste, le mécanisme par lequel se produisent ces états morbides divers. Ainsi, la suppression de la transpiration cutanée, n'importe par quelle cause; les lésions traumatiques; les irritations ou inflammations de la peau répercutées et répétées sur les plèvres, celles des muqueuses ou des séreuses aboutissant aux mêmes fins; l'action irritante des tubercules, de toutes les tumeurs ou dégénérescences pleurales; la suppression d'un exanthème cutané chronique, d'un flux normal ou anormal, d'une sécrétion anormale depuis longtemps établie, etc., en sont autant de causes. L'hydrothorax apparu primitivement seul est le plus ordinairement simple; il peut être double dans quelques cas, quand la cause agit sur les plèvres des deux côtés à la fois, ou quand la trop grande réplétion d'un côté entraîne par imbibition l'hydropisie de l'autre côté, ou par la répétition de l'irritation sur ce côté.

C'est dans cette première série d'hydrothorax qu'on est susceptible de rencontrer un liquide purulent, séro-purulent, hématique ou purulent et hématique, et en tout cas plus chargé d'albumine que le sérum du sang, et contenant des principes fibrineux. On a écrit que l'hydrothorax, tel que nous venons de le comprendre dans cette catégorie, est plus souvent à droite qu'à gauche, plus fréquent chez l'homme que chez la femme. La théorie se rencontre parfaitement avec les faits pour la deuxième

proposition. La femme, est en effet, beaucoup moins soumise que l'homme aux causes qui peuvent le susciter. Nos relevés particuliers sont opposés à la première proposition. Sur 85 cas d'hydrothorax d'un seul côté, nous en trouvons 47 à gauche et 38 à droite. Nous laissons, du reste, ces chiffres pour ce qu'ils valent, eu égard à des malades pris au hasard.

Mais nous pouvons donner des chiffres qui ont une valeur bien autrement importante sous d'autres rapports. Ainsi, sur 103 cas d'hydrothorax ayant débuté primitivement seuls, nous trouvons 85 cas où l'épanchement est resté borné à un seul côté; dans les 18 autres cas, trois fois l'épanchement est apparu double de prime abord par l'action simultanée de la même cause sur les plèvres des deux côtés; neuf fois l'épanchement a commencé à se produire dans le côté opposé, après un temps plus ou moins long d'existence de celui du côté primitivement affecté, et la plupart du temps quand il était en grande partie résorbé (dans presque tous ces cas, il s'agissait de tuberculisation pleurale). Dans deux cas, il nous a paru que le second épanchement, de minime quantité du reste, était le résultat d'une imbibition par voie de continuité. Enfin, dans les quatre autres cas, l'épanchement du côté opposé est apparu après un temps plus ou moins court de l'existence du premier, pendant que celui-ci était encore en voie d'accroissement, et sans qu'il parût être provoqué par autre chose que par la répétition sympathique de l'irritation qui existait sur la plèvre primitivement affectée.

Quant à l'hydrothorax naissant en compagnie de l'anasarque ou d'autres suffusions séreuses, ou précédé par elles, il faut en rechercher la cause dans les obstacles à la circulation générale, soit dans le centre circulatoire, soit dans l'un des gros troncs veineux ou artériels qui partent du cœur ou y aboutissent, dans les altérations du sang (polyémie ou anémie albuminurique). Ici viennent se ranger secondairement toutes les causes susceptibles d'entraîner ces altérations, et notamment les diverses cachexies, l'alimentation vicieuse ou insuffisante; les grands désordres produits dans l'économie par les maladies graves, telles que le typhus, le scorbut, et dont quelques auteurs avaient fait des causes d'hydrothorax *incertæ sedis;* les poisons toxiques, miasmatiques ou vénéneux introduits dans l'économie par différentes voies.

Il faut encore en rechercher les causes dans les exanthèmes aigus ou chroniques, ce qui est plus particulier à l'enfance ou à l'âge adulte; dans la suppression d'un flux normal ou anormal, d'une sécrétion importante ou de premier ordre; dans la maladie de Bright ou néphrite albumineuse aiguë et chronique de M. Rayer; dans la répétition sympathique, sur les séreuses, d'une irritation existant sur d'autres surfaces; dans la cirrhose du foie ou les autres dégénérescences de cette glande qui, par l'obstacle considérable apporté à la circulation veineuse, finissent par déterminer une suffusion séreuse générale; enfin, dans toutes les causes qui sont susceptibles d'entraîner l'anasarque par leur action généralisée. Il n'est point douteux, pour nous, que la plupart des hydrothorax reconnus comme essentiels ne doivent leur origine à une de ces causes à action générale, les altérations du sang entre autres. On comprend parfaitement, par exemple, que, du moment qu'existe l'aptitude aux suffusions séreuses, la moindre irritation se portant sur les plèvres, l'afflux séreux se fera dans leur cavité sans se montrer ailleurs, précisément parce que ce point d'irritation aura déterminé sur ces surfaces l'exsudation qui aurait pu avoir lieu d'une manière plus lente et même insensible sur les diverses autres surfaces sécrétantes. Nous en avons, dans ce moment, un exemple frappant dans notre service.

XVIIIe OBSERVATION. — HYDROTHORAX CONSÉCUTIF A L'ANÉMIE ALBUMINURIQUE.

Un gendarme de 35 ans, Spinelli, de moyenne constitution, d'un tempérament lymphatique prononcé, avait joui d'une santé passable jusqu'à l'année dernière, 1850. Dans le mois de septembre de cette année, il fut pris de fièvre intermittente dans ses excursions aux environs de *Santa-Maria-Siché*. Il garda cette fièvre pendant trois mois. A la fin de mai 1851, il en fut pris de nouveau, et la garda jusqu'au 15 juin. Il est entré à l'hôpital militaire d'Ajaccio le 16, ne pouvant plus faire son service à cause de la faiblesse profonde dans laquelle il se trouvait. Ce n'est que le 19 en rentrant de notre tournée de révision que nous avons pu le voir. Il ne porte aucune trace de bouffissure à la face, ni d'œdème sur aucun point du corps. Il est pâle, anémié, et présente

à l'auscultation un bruit de souffle carotidien. A l'aide de la plessimétrie exercée sur les parois du ventre, dans des positions variées, nous parvenons à constater une certaine quantité d'eau épanchée dans la cavité abdominale. Cependant, le foie est dans ses limites normales; le malade n'a jamais eu d'ictère : la rate mesure quatorze centimètres de haut en bas, et dix-sept transversalement; mais nous savons que l'intumescence de la rate, à un volume même triple et quadruple de celui-là, n'a aucune influence sur l'apparition de l'ascite. Nous venons de voir, dans notre tournée en Corse, plus de cent sujets tourmentés par des fièvres invétérées et porteurs de rates monstrueuses occupant toute la moitié du ventre de haut en bas. Les quatre-vingt-treize centièmes n'avaient pas une goutte de sérum dans la cavité péritonéale ou ailleurs.

En examinant la poitrine de Spinelli, la percussion et l'auscultation nous révèlent, dans le côté gauche, un épanchement des deux tiers inférieurs. Quand nous interrogeons notre malade avec persistance, lui, qui nous disait n'avoir jamais eu ni douleur de côté ni gêne de respiration, finit par nous déclarer qu'il y a cinq jours il a ressenti au côté gauche une légère douleur à laquelle il n'a pas attaché la moindre importance, et qu'effectivement, depuis cette époque, il a la respiration un peu courte quand il monte un escalier.

Évidemment, chez ce malade, les épanchements péritonéal et pleural dépendent d'une altération du sang, l'anémie albuminurique consécutive à la détérioration causée par la répétition de la fièvre chez un sujet éminemment lymphatique d'ailleurs. Sans pouvoir préciser quelle est celle des deux cavités, la péritonéale ou la pleurale, qui a été la première le siége de la collection aqueuse, on peut assurer qu'une irritation sourde, mais réelle, puisqu'il y a eu douleur sur le côté gauche, a déterminé l'afflux du sérum dans ces cavités, lorsqu'il y avait déjà disposition de la part de ce liquide à transsuder à la surface de toutes les séreuses, et à donner lieu sans doute à une hydropisie généralisée.

Cet exemple n'est pas le seul que nous ayons rencontré dans notre pratique, et tous les médecins qui chercheront à se rendre un compte exact des causes de suffusions séreuses pourront de temps en temps se trouver en présence de faits pareils.

§ VI. — Traitement.

Le traitement de l'hydrothorax, comme celui de toutes les hydropisies, consiste à combattre l'état morbide qui lui a donné naissance, puis à chercher à obtenir l'élimination du liquide épanché, soit par sa résorption, soit par son évacuation au dehors au moyen d'une opération chirurgicale.

Il serait parfaitement inutile de peindre ici les divers traitements à employer pour combattre l'irritation, la phlegmasie aiguë ou chronique, l'hypérémie de la plèvre, comme tous les états morbides qui peuvent provoquer l'hydrothorax. Quand le praticien a bien déterminé ces états morbides, il lui reste en main la puissance thérapeutique appropriée; il nous suffit d'indiquer ce point.

S'il est toujours facile de combattre une réaction forte chez un sujet vigoureux, jeune; si l'on peut faire tomber aisément ses forces au diapason convenable pour la résorption de l'épanchement, il s'en faut de beaucoup qu'on arrive avec la même facilité au but opposé chez les sujets débilités, cachectiques, dont l'hydrothorax se caractérise par l'asthénie et la passivité. C'est ici qu'une alimentation convenable, l'usage des amers et des toniques, les préparations martiales et d'iode, etc., doivent être ordonnés pendant longtemps, dans l'intention de relever les forces comme de réparer les désordres portés dans le liquide sanguin. C'est à cette seule condition qu'il est permis, à un moment donné, de compter sur la résorption en s'aidant alors des médications usitées pour cela, et quelquefois par les seules ressources de la nature.

De ces médications, les unes sont externes, les autres internes. Les premières consistent en une révulsion puissante et soutenue, exercée sur la surface cutanée correspondante au siége de l'épanchement. Les vésicatoires de large dimension, appliqués sur la partie latérale et postérieure du côté affecté, marchent en première ligne. Ces vésicatoires doivent être très-grands et en rapport avec l'étendue de l'épanchement. Ils seront toujours saupoudrés de camphre pulvérisé, pour éviter l'action toxique de la cantharide sur les organes génito-urinaires. L'expérience

nous a démontré qu'il vaut mieux en appliquer plusieurs successivement à mesure que la plaie se sèche, que de chercher à obtenir une suppuration continue sur ces larges surfaces. En effet, les pommades qu'on emploie à cet usage ont l'inconvénient d'agir en irritant plus ou moins fortement ces surfaces dénudées, et de susciter parfois des érysipèles tellement funestes, surtout dans les hôpitaux, que nous avons vu des malades, en train de guérison de leur hydrothorax, succomber aux désordres suscités par ces vastes érysipèles de mauvaise nature.

Quand les vésicatoires sont restés insuffisants, il faut s'adresser à un autre ordre d'exutoires à action plus profonde, à suppuration plus durable. C'est là que les cautères à la potasse caustique ou à la pâte de Vienne, disséminés en plus ou moins grand nombre sur le côté malade, sont appelés à rendre des services réels. Il faut les multiplier suivant l'étendue de l'épanchement, et ne pas craindre d'en poser jusqu'à dix et douze quand le liquide occupe tout un côté. Ce moyen, auquel on pourrait reprocher d'affaiblir les malades par une suppuration trop abondante et la multiplicité des douleurs, est loin de mériter ce blâme. Il est si constamment avantageux, quand on a soin de nourrir convenablement les sujets, qu'il nous a donné des résultats souvent inespérés. Dans tous les cas, les cautères ne supportent pas la comparaison avec le séton proposé par quelques médecins, et dont l'inconvénient est de causer des souffrances considérables aussi bien au moment qu'on le pose que tout le temps qu'on l'entretient. Son action, d'ailleurs, se borne sur un point assez restreint. Les moxas donneraient les mêmes résultats que les cautères, sinon des résultats meilleurs; mais l'effroi que leur application inspire aux malades leur fait toujours préférer l'escharification au moyen de la potasse caustique.

De ces applications externes, les dernières ne conviennent que dans les hydrothorax réfractaires à des moyens plus doux. Dans la plupart des cas, la rubéfaction de la peau au moyen de ventouses sèches, la vésication au moyen de la cantharide employée sur de larges surfaces, suffisent, avec le secours de médications internes bien appropriées, à procurer une guérison plus ou moins prompte.

Parmi les médications internes, tous les diurétiques et les

diaphorétiques peuvent trouver place ici, comme dans les autres hydropisies. La digitale est sans contredit le médicament qui mérite le plus d'importance : sa double action, sédation de la circulation, excitation de la sécrétion urinaire, justifie pleinement cette importance dans l'hydrothorax. Il convient de l'avoir fraîche et bien conservée; on peut l'employer en teinture alcoolique, en extrait aqueux ou en poudre. En tout cas, il faut savoir en élever graduellement les doses suivant la tolérabilité individuelle. Il est des médecins justement recommandables en pratique qui répondent de la guérison d'un hydrothorax avec le seul secours de la digitale habilement maniée et des vésicatoires, pourvu que l'épanchement ne se lie pas à une cause indestructible et toujours croissante. Nous ne rappellerons pas ici la liste des autres diurétiques et des diaphorétiques qu'on peut mettre en usage comme dans les autres hydropisies.

La révulsion sur la surface gastro-intestinale est aussi une très-large voie offerte au médecin pour combattre avantageusement l'hydrothorax. Les supersécrétions gastro-intestinales artificiellement provoquées doivent, suivant la logique et les faits, avoir une salutaire influence pour provoquer une suractivation d'absorption de la part des plèvres, en même temps qu'elles tendent à faire diminuer leur sécrétion. C'est au médecin à choisir, parmi les purgatifs, ceux qui paraissent le mieux appropriés au tempérament, à la constitution, aux habitudes, comme à l'état du sujet, pour déterminer cette révulsion. Les sels neutres, le sulfate de soude à la dose de 25 à 30 grammes, le nitrate de potasse à la dose de 10 à 15 grammes, les sels de magnésie, etc., conviennent à peu près à tous les sujets, en ce qu'ils agissent par absorption et non en irritant la surface de la muqueuse. Tous les purgatifs dits laxatifs conviennent également au même point de vue : le calomel, dont les Anglais usent d'une manière immodérée, peut être mis largement à contribution, puisque, suivant les cas, on le donne à doses altérantes ou à doses purgatives.

Pour notre compte, nous nous sommes toujours bien trouvé des purgatifs au sulfate de soude, donnés tous les deux ou trois jours, conjointement avec l'usage de larges vésicatoires ; et nous croyons que de tous les hydrothorax susceptibles de résorption, il n'y en

aura pas ou seulement très-peu qui résisteront à l'usage combiné des vésicatoires, des purgatifs salins et des préparations de digitale. Cependant il convient de dire que le liquide épanché se résorbe rarement en entier et promptement. La première constatation de la diminution ne se fait ordinairement pas longtemps attendre; mais quand le liquide est réduit de moitié ou des deux tiers, le restant met un temps incomparablement plus long à disparaître.

Parmi les médicaments internes à mettre en usage contre l'hydrothorax, nous devons encore faire une large part au tartre stibié à haute dose. Cette méthode de traitement, trop vantée par les uns dans ces cas, a également été trop décriée par les autres; le fait est que les succès qu'on peut en obtenir ne dépendent que de l'à-propos de son emploi. En dehors des épanchements consécutifs à la pleurite aiguë ou chronique, l'usage de l'émétique à haute dose nous semble inopportun, toutes choses égales, et son action se réduit alors à l'action commune des éméto-cathartiques que peu de médecins voudraient administrer plusieurs jours de suite au même malade. Les résultats sont, au contraire, très-satisfaisants quand il s'agit de combattre un épanchement par phlogose pleurale. Il semble qu'ici, en s'adressant au principe morbide lui-même (la phlogose), l'émétique accélère la résorption des produits épanchés.

Nous avons eu à nous louer de cette méthode quand il s'agissait de combattre une pleurésie d'une certaine vigueur avec épanchement plus ou moins considérable, et parfois elle n'est pas restée infructueuse en nos mains quand il s'agissait d'épanchement par pleurite chronique. Nous avons administré le tartre stibié à haute dose dans 44 cas de pleurite aiguë avec épanchement, et dans 8 cas de pleurite chronique également avec hydrothorax. Cette expérimentation a toute roulé sur de jeunes militaires de 21 à 33 ans, de tempérament et constitution divers. Dans les 44 premiers cas, il s'agissait 20 fois d'épanchement moyen, 7 fois seulement d'épanchement vaste et 17 fois d'épanchement faible. Dans chacun de ces cas, excepté un, il avait été pratiqué des saignées locales ou générales, ou appliqué des ventouses scarifiées, le tout dirigé contre la douleur pleurale et la réaction fébrile. Dans 34 cas, il avait été appliqué aussi de larges vésicatoires. Dans tous ces cas, le tartre stibié, à la dose de

60 centigrammes à 1 gramme, n'a été administré qu'après avoir constaté l'immobilité ou l'accroissement de l'épanchement.

Sur 12 malades, ou un peu moins d'un tiers, le tartre stibié a été toléré de prime abord et pendant tout le temps de son administration. De ces 12 malades, 10 avaient un épanchement moyen et 2 un épanchement vaste ; la résorption du liquide commença à s'opérer : sur 4, après la deuxième dose ; sur 6, de la quatrième à la sixième, et enfin sur les 2 autres, après la sixième dose.

3 de ces malades, sur 12, furent rapidement guéris, c'est-à-dire que le huitième jour, à partir du commencement de l'usage du tartre stibié, on ne percevait plus aucune trace d'épanchement ; 6 éprouvèrent une prompte diminution du liquide épanché et guérirent complétement du treizième au trentième jour. Des vésicatoires successifs furent employés concurremment.

Enfin, dans les 3 derniers cas, dont les deux vastes épanchements, nous pûmes constater aussi une prompte diminution dans la quantité du liquide épanché ; mais la résorption complète se fit attendre longtemps : 41 jours pour celui qui guérit le plus rapidement, et 57 jours pour celui qui dura le plus.

On voit que dans tous ces cas, s'il y a eu quelquefois quelques effets saillants, et ce n'est pas douteux pour les 3 premiers, le tartre stibié ne les a produits ni par les selles, ni par les vomissements, puisqu'il y a eu tolérance complète, mais bien par une action toute spéciale.

Chez les 32 autres malades, il a fallu abandonner 9 fois la médication dès le début, à cause des désordres sérieux qu'elle commençait à susciter dans le tube digestif ; et dans tous les autres cas l'émétique à haute dose n'a pas agi autrement que comme éméto-cathartique, c'est-à-dire qu'il a produit chaque fois des selles plus ou moins nombreuses et des vomissements.

5 fois nous avons pu remarquer une résorption prompte et complète de l'épanchement, entre cinq et neuf jours ; 8 fois la résorption complète n'a eu lieu qu'entre douze et vingt-quatre jours. Dans tous les autres cas, elle s'est fait attendre un temps beaucoup plus long. Dans 6 de ces derniers cas, à la suite de plusieurs jours de ce même traitement, nous ne pouvions constater encore la moindre décroissance ; bien plus, il y eut augmentation dans 2. Enfin, dans tous les autres cas restants, la dé-

croissance s'est manifestée entre le troisième et le sixième jour du traitement.

Dans les 8 cas d'épanchement par pleurite chronique, une seule fois la médication a été tolérée tout le temps qu'elle fut mise en usage (onze jours). Le résultat nous parut satisfaisant, puisqu'un vaste épanchement était réduit au quart de son volume, le onzième jour. Dans les 7 cas restants, le tartre stibié agit par évacuation par haut et par bas; dans 5 cas, il sembla donner quelques résultats avantageux par la diminution du liquide; dans les 2 autres, il fut d'un effet tout à fait nul. Une remarque générale que nous devons faire, c'est que, dans presque tous les cas, la dyspnée a diminué sous son influence, lors même que l'épanchement restait stationnaire.

On doit voir par ces relevés que le tartre stibié à haute dose, quoique n'étant pas bien merveilleux, en thèse générale, contre l'hydrothorax, trouve encore une utilité d'application dans quelques cas, et fournit parfois des résultats qui ne sont pas à dédaigner. C'est donc un moyen qui reste comme une arme à bonne fin dans les mains des médecins.

Abordons maintenant une question d'une importance supérieure, et dont on peut dire : question toujours ancienne et toujours nouvelle, celle de la thoracentèse. La ponction évacuatrice de la poitrine peut-elle être considérée comme un moyen curatif de l'hydrothorax? peut-elle être dangereuse par elle-même? Avant de chercher à résoudre ces deux points, nous allons tracer un rapide historique de cette opération, afin de faire connaître l'état où la science s'est trouvée à son égard aux différentes époques.

La thoracentèse fut enseignée par Hippocrate; Galien reproduit à son sujet l'enseignement du vieillard de Cos; puis elle tombe en discrédit. Chez les Arabes, deux auteurs se montrent ses défenseurs : ce sont Sérapion et Rhazès; les autres la repoussent. Elle reste ensuite dans l'oubli jusqu'au XVIe siècle. Alors Ambroise Paré la remet en vigueur, et est suivi dans la même voie par Fabrice d'Aquapendente. Depuis cette époque jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, la thoracentèse fut souvent mise en pratique, et jouit d'une grande faveur entre les mains de plusieurs chirurgiens distingués. Enfin, arrive pour elle une nouvelle décadence

qui s'est perpétuée jusqu'à ces derniers temps, décadence qu'on a cherché diversement à expliquer, mais pour laquelle la séparation de la médecine et de la chirurgie a joué certainement un grand rôle. En effet, sans mettre en avant cet esprit d'orgueil des médecins qui prétendaient régner sans rival, on peut dire que, l'hydrothorax leur tombant en partage comme affection interne, ils ont repoussé instinctivement une opération qu'ils n'avaient pas l'habitude de pratiquer; et, inhabiles à opérer eux-mêmes, ils n'auraient pas voulu la faire exécuter par les chirurgiens, parce qu'il leur semblait qu'instantanément il serait survenu des accidents dont ils se faisaient d'ailleurs une image exagérée.

Ce qui atteste que c'est à cette cause qu'on doit l'abandon de la thoracentèse, c'est que, à partir du dix-huitième siècle, tandis qu'elle était soutenue par les chirurgiens, elle trouvait la proscription dans le camp des médecins. Les choses ne se passent pas autrement aujourd'hui où l'on voit M. Chomel lui être on ne peut plus hostile.

Quand on voit des chirurgiens du mérite de Dupuytren et de M. Roux rejeter la thoracentèse avec M. Chomel et d'autres médecins, tandis que Blandin, Velpeau, Cruveilhier, etc., la soutiennent avec Laënnec, on souhaite ardemment qu'une pareille question soit définitivement résolue. L'Académie de médecine renfermait en son sein tout ce qu'il fallait pour arriver à cette solution, quand, en 1836, la question de la thoracentèse y fut discutée (1). Malheureusement les séances qu'elle consacra à cette discussion ne laissèrent jaillir aucune lumière importante; et les faits, mal groupés, mal commentés, laissèrent plus que du doute dans l'esprit. Depuis, l'occasion s'est encore offerte pour engager un nouveau débat dans le sein de cette illustre société, et cela à l'occasion d'un rapport fait par M. Bricheteau, sur un Mémoire de M. Laveran (de Metz), sans avancer plus la question (2).

Dans le courant de la même année (1850), la Société de chirurgie, qui compte dans son sein tant de jeunes célébrités, a eu à traiter le même sujet et n'a pas donné de solution plus satisfaisante. Enfin, la Société des médecins des hôpitaux de Paris l'a

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1836, t. I, p. 62 et suiv.
(2) *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 298.

agité dans la même année, à l'occasion de la présentation d'un cas malheureux où la mort survint après l'opération de la thoracentèse, pratiquée sur un malade par M. Trousseau. Tous ces débats plus ou moins animés n'ont que peu fait avancer la science; et certes ce ne sont pourtant pas les matériaux d'une édification solide qui manquaient, si les divers membres de cette société avaient voulu prendre la peine de les réunir en faisceau et de les présenter sous leur véritable point de vue. En sorte qu'on ne serait pas plus avancé aujourd'hui, qu'il y a quelques siècles, au sujet de cette ressource offerte par la chirurgie dans l'hydrothorax. Il y a là quelque chose de surprenant.

Il nous semble que c'est la manière dont on embrasse la question qui conduit toujours aux mêmes fins. En effet, cette question est complexe. Le premier point à considérer est celui de la nocuité ou de l'innocuité de l'opération elle-même. On sait qu'un cri immense accuse la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, après ou pendant la thoracentèse, comme cause des accidents les plus redoutables, tandis qu'à peine quelques médecins regardent cette pénétration comme beaucoup moins dangereuse ou tout à fait inoffensive. Les conditions dans lesquelles se trouve le poumon du côté malade par rapport au liquide peuvent devenir aussi des causes d'insuccès ou même d'accidents; enfin les conditions dans lesquelles se trouvent placés les sujets, la cause de l'hydrothorax, sont encore autant de points à prendre en considération.

Première question. La thoracentèse est-elle par elle-même une opération inoffensive? Il est évident que, d'après les méthodes mises autrefois en usage pour pratiquer l'empyème, on ne peut pas déclarer cette opération inoffensive. En effet, ces méthodes permettaient la pénétration de l'air atmosphérique dans la cavité pleurale, aussi bien pendant qu'après l'opération. En abandonnant le poumon dans les conditions physiques où il se trouve, et le laissant soumis à un brusque et rapide déplissement par l'irruption subite de l'air atmosphérique à travers les tuyaux bronchiques à mesure que le liquide s'écoule, elles exposaient encore à des accidents d'un autre genre. Enfin, ces ouvertures directes pratiquées à travers les parois costales, soit par le bistouri, soit par le trois-quarts, exposaient ces parois à une infiltration plus ou

moins dangereuse de sérosité ou de pus qui vient suinter continuellement dans le parcours du trajet de la ponction, et cette infiltration peut être le sujet d'accidents : l'ouverture elle-même, entretenue par la présence continuelle du liquide, est une source d'autres dangers.

La nocuité ou l'innocuité de la thoracentèse dépend donc des méthodes dont on se sert pour la mettre en pratique. C'est presque purement une question de méthode. Celle qui pourrait mettre à l'abri des accidents dont nous venons de parler ferait certainement réputer l'opération sans danger : et du moment que l'opération serait sans danger, il n'y aurait peut-être plus que quelques cas très-exceptionnels qui se refuseraient à son emploi.

Un chirurgien dont la postérité appréciera plus le génie que la race présente, a résolu à lui seul le problème. M. Jules Guérin, par la ponction sous-cutanée exercée avec ses instruments et sa pompe à succion, a fait de la thoracentèse une opération d'une innocuité palpable, et de facile exécution. Tous les autres procédés qui ont vu le jour depuis, tels que les trois-quarts à robinet armé de peau de baudruche de M. Reybard, les modifications de M. Trousseau, ne sont que des combinaisons plus ou moins imparfaites empruntées à la méthode de M. Guérin, et qui ont tout bonnement l'inconvénient de ne pas soustraire les malades à leurs dangers réels.

Avec la méthode de M. Guérin, pas de danger dans l'opération ; des faits nombreux et authentiques sont venus démontrer cette vérité, que la théorie faisait déjà pressentir. Voilà le point le plus important. On verra plus loin que ces faits sont irrécusables.

Il est urgent, pour l'intelligence du lecteur, que nous donnions une esquisse de la méthode de M. Guérin, ainsi que des instruments dont il se sert pour pratiquer l'opération. Faire une ponction sous-cutanée qui, au moyen d'un pli préalable à la peau, fasse du trajet de la ponction un trajet tout à fait oblique dont l'ouverture externe soit à un diamètre bien inférieur à celui de l'ouverture interne, et que la peau, abandonnée à elle-même après l'opération, puisse couvrir, dans l'étendue d'un pouce environ, l'ouverture qui attaque la couche cellulaire et musculeuse, telle est son ingénieuse invention pour éviter la pénétration

de l'air après l'opération. On va voir que son instrument n'est pas moins ingénieux pour s'opposer au même accident pendant l'opération.

Une canule courbe et plate, munie de son dard, pénètre par la base d'un pli fait à la peau dans l'espace intercostal situé au-dessous de celui que l'instrument doit traverser. L'extrémité externe de la canule est munie d'un robinet qui, quand le dard est retiré, obture exactement l'orifice et empêche la pénétration de l'air. Cette extrémité de la canule s'articule ensuite hermétiquement avec l'embou d'une seringue à succion. Cet embou est garni lui-même d'un tube latéral avec robinet pour donner issue au liquide qu'a reçu le corps de la seringue, et d'un autre robinet situé à l'orifice du corps de pompe pour l'obturer au besoin. Quand on veut soutirer le liquide, on ouvre le robinet de la canule et on ferme celui du tube évacuateur. Alors il y a libre communication entre la cavité thoracique et le corps de la seringue. En faisant opérer un mouvement de retrait au piston de celle-ci, on aspire le liquide pleural par succion. Quand le corps de la seringue est plein, on ferme le robinet de la canule et on ouvre celui du tube évacuateur ; on pousse alors le piston de la seringue, et on vide, dans un vase, le liquide soutiré. On comprend que, par cet appareil fort ingénieux, on empêche le moindre atome d'air de pénétrer dans la cavité pleurale. Mais ce n'est pas là seulement son avantage. A son aide, l'évacuation se fait par succion. Cette succion, exercée sur le liquide pleural, se fait ressentir de proche en proche jusque sur le poumon en contact avec lui ; en sorte que cet organe se déplisse graduellement sous la puissance de cette succion répétée, et les fausses membranes de récente formation qui le retiendraient soudé sur les parois, sont même rompues doucement. Cet organe peut suivre le mouvement de retrait du liquide en s'appliquant toujours exactement sur les parois thoraciques. Cette seule circonstance donnerait à l'appareil de M. Guérin une supériorité incontestable sur la canule Reybard, munie de sa peau de baudruche, et autres instruments, si ceux-ci étaient susceptibles d'ailleurs d'empêcher, comme celui de M. Guérin, la pénétration de l'air dans la poitrine.

D'après la succincte description que nous venons de donner

de l'instrument de M. Guérin, il est aisé de comprendre que la thoracentèse sous-cutanée est devenue une opération tout à fait inoffensive. Plus de 50 faits authentiques viennent maintenant corroborer cette vérité, mise hors de doute. M. Guérin a pratiqué la thoracentèse devant les plus grands chirurgiens et médecins de Paris et de l'étranger. Quelques-uns pourront l'accuser de n'avoir pas toujours guéri les malades, de n'avoir même pas toujours paré à une mort prochaine ; mais à coup sûr personne ne pourra l'accuser de les avoir plus gravement compromis. En 1850, cet éminent chirurgien a pratiqué la thoracentèse sur 11 malades du Val-de-Grâce, dont 2 dans notre service et les autres dans le service de notre savant ami, M. Lévy. Les 11 sujets ont donné lieu à 22 opérations différentes, 5 d'entre eux l'ayant subie 2, 3 et 4 fois. Sur ces 22 opérations, il n'y a eu qu'un seul accident à noter, et cet accident a été prédit par M. Guérin pendant qu'il pratiquait l'opération. L'un des malades avait un hydrothorax ancien, avec pseudo-membranes à l'état presque fibro-cartilagineux. Le dard, un peu émoussé, décolla, en pénétrant dans la poitrine, une portion de ces fausses membranes. A la suite de l'opération, l'ouverture interne resta donc béante avec un orifice en entonnoir. Il s'agissait d'un épanchement purulent. Quelques jours après, il se fit une infiltration purulente dans les parois thoraciques, et de proche en proche dans les parois abdominales.

Voilà le seul accident survenu sur 22 opérations que beaucoup de médecins de Paris de toutes les conditions sont venus voir pratiquer. Or cet accident ne dépend nullement du procédé opératoire, mais de l'une de ces circonstances fortuites qui peuvent compromettre les opérations les mieux indiquées et les plus inoffensives.

Quand M. Guérin n'aurait par devers lui que ces 22 opérations pratiquées publiquement dans l'un des grands hôpitaux de Paris, et il en a 50, cela suffirait pour poser désormais la thoracentèse comme tout à fait inoffensive, pratiquée d'après sa méthode et avec ses instruments. Ce point une fois élucidé et bien établi, voyons quels sont les résultats que peut donner l'opération comme moyen curatif. Nous examinerons ensuite quelles sont les circonstances qui peuvent la contre-indiquer.

A. *Résultats que peut donner la thoracentèse.* — Pour juger des résultats d'une méthode de traitement, on est dans l'usage aujourd'hui d'établir des statistiques et de tirer les conséquences ensuite. Les statistiques n'ont qu'un seul petit défaut, c'est de prêter à l'élasticité. Si elles étaient rigoureusement établies, il n'y aurait, sans contredit, pas de meilleur moyen de juger une question. Nous acceptons pourtant la statistique, et nous allons juger d'après elle.

Les auteurs du *Compendium de Médecine* en ont établi une, au sujet de la thoracentèse, qui nous paraît assez irréprochable, d'abord parce qu'ils ont élagué tous les faits anciens pour ne s'appuyer que sur des faits modernes rigoureusement observés, ensuite, parce qu'ils ont laissé de côté les épanchements consécutifs à des plaies pénétrantes de poitrine.

Ces auteurs citent 66 opérations de thoracentèse pratiquées par divers médecins. Sur ce nombre, il s'agissait 56 fois d'épanchements consécutifs à la pleurite, et purulents ou séro-purulents; 8 fois d'hydrothorax essentiels et consécutifs à la brusque disparition d'un exanthème; 2 fois enfin d'hydrothorax liés à une affection du cœur.

Sur les 56 malades affectés de pleurésie, 42 ont guéri, 14 sont morts.

Sur les 8 malades affectés d'hydrothorax essentiels, 7 ont guéri, 1 est mort. Les 2 malades affectés de maladies de cœur sont morts. Au total, sur 66 opérations, il y a 49 guérisons et 17 morts.

Ce sont là des résultats on ne peut plus satisfaisants.

Ces mêmes auteurs, revenant aux objections faites en séance de l'Académie de médecine par Dupuytren, Velpeau et Gimelle, que les insuccès n'avaient pas tous été enregistrés, ont accepté les chiffres donnés par ces trois académiciens, et sont arrivés à compter cent 133 malades opérés, sur lesquels 51 ont guéri et 83 sont morts. Ces chiffres nous paraissent encore justifier pleinement la thoracentèse, si surtout, comme les faits semblent le démontrer, la mort a été la conséquence naturelle de l'hydrothorax reproduit, et non des accidents suscités par l'opération.

Au sujet de leur première statistique, les auteurs du *Compendium* ont trouvé que sur les 49 malades guéris, le siége de l'épanchement, indiqué 25 fois, occupait 17 fois le côté gauche et 8 fois le côté droit; ce qui confirme l'opinion émise par Hippocrate, que l'opération de l'empyème réussit mieux quand elle est pratiquée à gauche. M. Sédillot croit avoir donné une explication satisfaisante de ce fait en disant qu'à gauche le péricarde contracte des adhérences avec le poumon gauche, l'empêche d'être refoulé et limite l'épanchement.

Sur les 17 morts, le côté de l'épanchement a été indiqué 4 fois. Il occupait le côté droit 3 fois et le côté gauche 1 fois.

Sur les 49 malades guéris, l'âge a été indiqué 31 fois. 5 malades avaient moins de six ans; 6 avaient de six à dix ans; 8 avaient de dix à vingt ans, et 8 avaient de vingt à trente ans; 4 avaient de trente à quarante ans.

Sur les 49 malades guéris, il y avait 22 fois indication du temps écoulé entre le début de la maladie et l'opération : 7 malades ont été opérés du vingt-quatrième au quarantième jour, 2 du quarante-cinquième au cinquante-deuxième jour, 7 au deuxième mois, 1 à dix-huit mois.

M. Bourgery a également établi une statistique, de laquelle il résulte que, sur 122 opérations d'empyème, en des cas variés, il y eut 86 guérisons temporaires ou définitives, et 36 morts.

Nous ne connaissons pas tous les résultats obtenus par M. Guérin dans ses nombreuses opérations de thoracentèse. Nous avons été témoin, comme beaucoup d'autres, de ceux qu'il a eus sur les 11 malades opérés par lui à l'hôpital du Val-de-Grâce, en 1850, en compagnie de M. le professeur Lévy et sous son patronage.

Sur ces 11 malades, 6 ont subi l'opération une seule fois; 3 l'ont subie deux fois, et 4 ont été opérés trois et quatre fois. — Ceux qui ont été opérés plusieurs fois l'ont été dans l'espace d'un mois à deux mois et demi.

Sur les 11 malades, 3 sont morts : l'un à la suite d'accidents survenus après l'opération, mais indépendants de la méthode elle-même; les autres par l'effet de l'hydrothorax reproduit. De ces 3 malades, 2 avaient un épanchement séreux, l'autre un épanchement séro-purulent. 3 ont eu une guérison rapide et

durable après une seule opération; 3 ont eu le même résultat après un temps un peu plus long; les 2 autres n'ont obtenu une guérison définitive qu'après la deuxième opération. Chez tous ces malades, il y a eu reproduction partielle de l'épanchement après la ponction, et ensuite résorption quelquefois lente, mais toujours complète du liquide épanché.

Des 8 opérés guéris, 7 avaient un épanchement séreux, l'autre un épanchement séro-sanguin. (Ce malade avait des taches scorbutiques aux membres inférieurs).

L'opération n'a été pratiquée, dans tous les cas, qu'après que tous les moyens mis en usage pour obtenir la résorption du liquide étaient restés insuffisants. Tous les malades étaient de jeunes militaires de vingt-un à trente ans.

3 frois l'hydrothorax datait de plus de trois mois; 4 fois de quarante à cinquante-cinq jours, et 4 fois de trente à quarante jours.

Dans 3 cas, il s'agissait d'épanchement consécutif à une pleurite d'abord aiguë, puis chronique; dans 5 cas, il y avait pleurite chronique plus ou moins latente. Dans les 2 autres cas, il y avait autant de probabilité pour la pleurite latente que pour l'irritation sécrétoire de la plèvre. — Dans ces 11 cas, 3 fois l'épanchement était à pleine poitrine, 8 fois aux deux tiers ou à moitié.

Dans 10 cas, nous avons pu suivre pas à pas le déplissement pulmonaire à fur et mesure de la soustraction du liquide; dans un seul, le poumon est resté en place ou à peu près, tel qu'il était avant l'opération. C'est dans ce cas que survint l'infiltration purulente des parois costales et abdominales. Grâce à la très-grande habileté de notre maître, le professeur Lévy, en matière de percussion et d'auscultation, chaque fois, avant comme après l'opération, élèves comme autres assistants ont pu voir mesurer l'étendue de l'hydrothorax, et le revient du poumon du côté affecté. Dans un seul cas, nous avons pu observer une quinte de toux prolongée, mais qui n'a eu d'autre suite que de donner lieu à quelques crachats sanglants et spumeux. Dans ce cas, M. Guérin avait opéré la succion un peu trop vite, et forcé trop brusquement le déplissement pulmonaire.

Aucun autre accident que ceux que nous avons signalés n'a

suivi ces belles opérations. En résumé, si nous tenons compte de toutes ces statistiques, dont la dernière a une valeur irrécusable, nous trouvons que l'opération de la thoracentèse a donné : pour la première statistique des auteurs du *Compendium*, 49 guérisons sur 66, ou un peu plus des deux tiers ; pour la statistique fournie par Dupuytren, Velpeau et Gimelle, 51 guérisons sur 133, ou un peu plus d'un tiers ; pour la statistique de Bourgery, 86 guérisons temporaires ou définitives sur 122, ou plus des deux tiers ; et enfin, pour les malades opérés au Val-de-Grâce par MM. Guérin et Michel Lévy, 8 guérisons solides et durables sur 11. Ces derniers sont les résultats les plus brillants, et la méthode mise en pratique en rend suffisamment compte. En sorte, qu'en prenant pour base celle de ces statistiques qui a donné les résultats les moins satisfaisants, il demeure avéré que la thoracentèse est un moyen curatif d'une haute importance, qu'il n'est pas permis de négliger quand le salut du malade l'exige (1).

L'innocuité de la méthode de M. Guérin ne peut laisser de doute dans l'esprit du praticien quant au procédé opératoire à choisir.

Du moment que nous avons dûment établi que la thoracentèse est une opération sans danger, pourvu qu'elle soit pratiquée d'après une bonne méthode ; du moment que nous avons prouvé, chiffres en main, que les résultats qu'elle donne sont non-seulement satisfaisants, mais très-remarquables, il ne nous reste plus qu'à établir les conditions qui réclament son emploi comme celles qui s'y opposent, pour décider complétement les praticiens à y avoir recours en temps opportun.

B. *Conditions qui font réclamer ou repousser l'opération de la thoracentèse. — Époque à laquelle on doit la pratiquer.* — Pour traiter en plein cette question, il faut procéder avec méthode, et considérer l'hydrothorax sous trois points de vue divers : 1° sa cause ; 2° la nature du liquide ; 3° les accidents auxquels

(1) Nous trouvons dans le *Recueil des Mémoires de médecine militaire*, 2e série, 1850, t. VI, une statistique due à M. Boudin, et portant sur 142 opérés. D'après cette statistique, que nous ne donnons qu'avec réserve, il y aurait eu 96 guérisons, soit 67 pour 100.

il donne lieu, tant en raison de son étendue qu'en raison de l'état pathologique des organes voisins.

Il est évident que les causes de l'hydrothorax font qu'il est plus ou moins curable, soit spontanément, soit avec le secours de l'art en dehors de l'opération. C'est ainsi que, de l'aveu de tous les médecins, l'épanchement consécutif à la phlegmasie aiguë de la plèvre est celui qui se résorbe le plus facilement; tandis que celui lié à la tuberculisation, à une affection du cœur ou des gros vaisseaux, à la maladie de Bright, etc., offre bien moins ou pas de chance de guérison. Les épanchements par pleurite chronique ou latente se résorbent beaucoup plus difficilement que ceux par pleurite aiguë. Nous pourrions parcourir ainsi les hydrothorax différents suivant la cause, pour arriver à démontrer qu'ils sont d'autant moins susceptibles d'être guéris, que celle-ci est moins susceptible d'être vaincue. — Dans les cas où la cause est indestructible, quand l'hydrothorax persiste envers et contre tout, quand par son étendue et sa persistance il aide puissamment à compromettre la vie du malade, la thoracentèse se présente comme un palliatif auquel la science doit attacher toute l'importance qu'il mérite. Les hydrothorax qui, sous le rapport de la nature de la cause morbide, sont appelés à retirer le plus grand bénéfice de l'opération, sont sans contredit ceux qui résultent de la pleurite chronique latente, de l'hypérémie active ou irritation sécrétoire de la plèvre, de son hypérémie passive hypostatique ou consécutive (cas compris sous le nom d'essentiels). Ici, en effet, l'opération, en débarrassant la cavité pleurale de la grande quantité de liquide qu'elle renfermait, et qui empêchait la résorption par la compression des parois, place cette cavité dans des conditions meilleures, tout en soustrayant le malade au danger imminent qui le menaçait. Alors les médications externes ou internes mises en usage produisent bien plus d'effet, soit pour empêcher le liquide de se reproduire, soit pour procurer la résorption complète de celui resté ou nouvellement formé; et parfois, sans moyen aucun, la collection ne se reproduit plus.

C'est dans ces cas que M. Guérin a obtenu les plus beaux succès. On s'accorde généralement à regarder l'hydrothorax lié à un état tuberculeux des plèvres comme un des plus rebelles. Si

cette raison est vraie pour les grands épanchements, elle ne soutient pas l'examen pour les épanchements moyens ou petits. Il est peu de bons observateurs qui n'aient vu de ces derniers, qu'ils considéraient avec raison comme liés aux tubercules sous-pleuraux, disparaître avec une rapidité insolite au moment où ils s'y attendaient le moins. Quelques médecins même prétendent que de tels épanchements se forment et disparaissent quelquefois avec une telle vitesse, qu'ils passent inaperçus pour des praticiens qui n'auscultent leurs malades que de loin en loin ; ce sont les épanchements qui, liés à la tuberculisation, surviennent par pleurite, par conséquent avec exsudation plastique qui favorise les adhérences. S'il est bien vrai que des épanchements dans de telles conditions ont pu être résorbés, pourquoi reculerait-on pour porter le trois-quarts dans la poitrine, quand elle est pleine d'un liquide suscité par la présence de tubercules dans les plèvres? pourquoi, par l'évacuation, ne placerait-on pas les malades dans ces conditions où les plèvres se débarrassent facilement du liquide, c'est-à-dire quand il est peu abondant?

Ne tombe-t-il pas sous le sens commun, que les hydrothorax consécutifs aux exanthèmes cutanés, aux flux normaux ou anormaux suspendus, quand ils ont résisté aux moyens dirigés contre eux, doivent trouver dans la thoracentèse un puissant moyen curatif?

Quand l'hydrothorax découle d'une altération du sang, et que la médecine reste impuissante à son égard, la raison indique encore de recourir à la thoracentèse si l'épanchement est menaçant. Il est possible qu'après l'opération le sang, réparé déjà par le régime, l'hygiène et le traitement subi, ne soit plus à même de fournir aussi facilement à l'exsudation séreuse. La cavité pleurale, débarrassée alors d'une quantité de liquide dont la détérioration de l'organisme ne permettait pas la résorption, se remplira moins facilement, et en tout cas la nouvelle collection se trouverait en face de meilleures conditions d'élimination par les surfaces d'excrétion, à fur et mesure qu'une médication sagement appliquée tendrait à leur imprimer une action plus énergique. C'est ainsi que nous ne balancerions pas à vider un hydrothorax consécutif au scorbut, du moment qu'il serait vaste, qu'il n'aurait pas de chances de résorption, pourvu que les forces du sujet

fussent relevées à un certain degré par un traitement approprié.

La nature du liquide épanché, si elle pouvait être rigoureusement déterminée, fournirait des indications précieuses pour l'opportunité de l'opération. Un épanchement composé de pus n'a que peu de chances de résorption, d'après toutes les lois connues. Débarrasser la cavité pleurale qui est pleine de ce produit, devient, par conséquent, une indication pressante, quand des raisons plausibles conduisent à admettre l'épanchement purulent. Quand l'épanchement est supposé séro-purulent, la même indication existe, dès que les moyens de l'art restent impuissants pour sa disparition. Les dangers auxquels exposerait la résorption des globules pyoïdes ou purulents, qui seraient transportés dans le torrent circulatoire, quoique désagrégés, doivent faire mettre encore plus d'empressement à recourir à l'opération. Tous les bons chirurgiens ont reconnu la nécessité de pratiquer l'empyème quand l'épanchement purulent survient par lésion traumatique : pourquoi, quand il est le résultat d'une pleurite idiopathique, n'y recourrait-on pas? est-ce que là l'épanchement a plus de chances de résolution? Point. Si l'on pouvait supposer un épanchement sanguin, la thoracentèse devrait y mettre fin immédiatement, et cela pour deux motifs, à moins qu'il ne fût le résultat d'une hémorrhagie en voie d'exécution. D'abord, les collections sanguines dans les séreuses naturelles ou artificielles ne sont que peu susceptibles de résorption quand elles sont considérables; ensuite, le fussent-elles, que les trames fibrineuses, organisables, qu'elles laisseraient après leur résorption, doivent conduire à l'évacuation, pour ne pas laisser le poumon refoulé et cloisonné par ces brides qui, en s'organisant, finissent par acquérir une grande solidité. Toutes les poches hématiques sont des exemples frappants de la non-résorption des épanchements sanguins; et l'ascite hématique, dont nous avons rapporté l'histoire au sujet de la paracentèse, en est elle-même une preuve irréfutable.

Quant à l'épanchement séro-sanguin, les chances de résorption sont plus prononcées. Cependant, il ne faut pas oublier que les globules rouges se précipitent au fond du liquide par leur propre poids, et que là ils forment, avec la partie de sérum non résorbée, un amalgame difficile à la reprise par les vaisseaux absorbants.

Il est vrai, ainsi que nous l'avons fait observer ailleurs, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser sur le vivant la nature du liquide qui constitue l'hydrothorax ; mais, en tout cas, lorsque des raisons puissantes militent en faveur de l'un de ces états que nous venons d'énumérer, le médecin devra conclure au plus tôt à l'opération.

Les motifs de l'opération se tirent encore des accidents auxquels donne lieu l'hydrothorax.

Toutes choses égales, l'épanchement vaste, remplissant tout un côté de la poitrine, est celui qui peut mettre, à un moment donné, la vie du malade en danger par l'imminence de la suffocation. Dans les épanchements moyens ou petits, quand pareil accident survient, il ne tient que très-secondairement au liquide épanché ; des altérations plus graves des poumons ou du cœur président alors à ces phénomènes auxquels l'hydrothorax ne fait qu'ajouter. Les épanchements doubles, quoique moins étendus, produisent souvent plus de dyspnée que le vaste hydrothorax, en raison qu'à elles deux ces collections gênent plus les fonctions pulmonaires si les poumons sont sains, à plus forte raison s'ils sont malades.

C'est dans ces deux circonstances de vaste épanchement unique ou d'épanchement double que l'opération doit être pratiquée, quand les médications employées restent impuissantes et que d'ailleurs le malade est mis en danger.

Il peut arriver que d'un côté de la poitrine existe un épanchement de moyenne grandeur, et de l'autre côté une maladie de l'organe pulmonaire. Si, par cette double circonstance, la dyspnée arrivait à la suffocation, nous ne balançons pas à établir qu'il faudrait soutirer le liquide épanché pour tirer le malade du danger qui le menace, et donner plus de latitude pour combattre l'affection pulmonaire.

Ainsi, sous le rapport des accidents, la nécessité de l'opération se tirerait, selon nous, et de ceux que l'hydropisie peut susciter par elle-même, et de ceux provenant de désordres existants en dehors d'elle, mais auxquels elle ajoute une gravité considérable.

C. *Conditions qui peuvent contre-indiquer l'opération.* — Au nombre des circonstances qui peuvent contre-indiquer l'opéra-

tion on pourrait placer, d'après la majorité des auteurs, l'existence de tubercules sous-pleuraux. En admettant qu'on soit positivement sûr de l'existence des tubercules, il reste démontré que ceux-ci seront cause d'un nouvel épanchement, le premier ayant disparu; mais, à nos yeux, ils ne peuvent être la cause d'aucun accident sérieux consécutif à l'opération. Nous avons prouvé plus haut que les tubercules ne sont nullement un obstacle à la résorption du liquide, quand il existe en moyenne ou petite quantité; nous ne voyons donc pas pourquoi on n'opérerait pas un épanchement compromettant par son étendue, quand même il serait dû à la présence de ces corps étrangers dans les plèvres.

Mais si, au lieu de tubercules pleuraux ou avec eux, on a une excavation tuberculeuse du poumon, si surtout on a une raison de supposer une communication avec l'excavation tuberculeuse et l'épanchement, il y a peut-être alors motif pour reculer devant l'opération, parce que, au lieu d'un hydrothorax compliqué, on aurait ultérieurement un pneumothorax rapide, l'air venant de suite remplir l'espace occupé par le liquide soustrait. Et certes la condition de pneumothorax ne serait pas plus favorable au malade que l'hydropneumothorax.

Il n'est cependant pas douteux que quelques-uns des succès obtenus par Hippocrate et les anciens n'aient porté sur des cas pareils; car, pour eux, l'existence de l'épanchement n'était matériellement révélée que par le mouvement de flot du liquide, par le bruit de ce flot à la succussion. Or, on sait que, pour que ce flot se produise comme le tintement métallique, le souffle amphorique, il faut qu'il y ait mélange d'air et de liquide dans la cavité.

M. Gendrin, qui est formellement opposé à la thoracentèse, la croit utile et même nécessaire dans le pneumohydrothorax entretenu par une fistule pleurobronchique. L'opération a, selon lui, l'avantage de débarrasser alors la cavité pleurale des gaz qu'elle contient, et qui portent la dyspnée à un si haut point. Il faut toutefois que l'épanchement d'air ne soit pas trop restreint, auquel cas l'opération est inutile. Le précepte de l'auteur serait de mettre directement la poitrine en communication avec l'air extérieur. Nous ne pouvons souscrire à cette doctrine. M. Gendrin regarde l'opération comme curative, quand elle s'adresse au

pneumohydrothorax qui résulte d'une simple fistule non tuberculeuse; et comme palliative, quand la fistule est tuberculeuse. Ces principes sont vrais, car la fistule peut guérir et l'épanchement d'air ne plus se produire dans le premier cas ; le contraire a lieu le plus ordinairement dans le second. Si, néanmoins, il n'y a pas d'excavation tuberculeuse vaste, si la phthisie n'est pas très-avancée, il convient encore d'opérer.

Une autre circonstance nous paraît aussi contre-indiquer l'opération, c'est l'existence de fausses membranes anciennes, solides, à consistance plus ou moins semi-cartilagineuse. Le poumon, cloisonné et bridé depuis longtemps, non-seulement ne pourrait pas se déplisser à cause de ces brides, mais ces pseudo-membranes elles-mêmes peuvent devenir cause d'accidents graves à la suite de l'opération, comme nous en avons cité un exemple entre les mains de M. J. Guérin. Un pareil état des plèvres ne peut guère être préjugé; cependant, le commémoratif, la préexistence d'une pleurésie aiguë non résolue, pourraient quelquefois le faire soupçonner.

Existe-t-il réellement des dispositions nerveuses, des dispositions aux spasmes, qui puissent contre-indiquer la thoracentèse? Ces dispositions ne sont pas douteuses chez quelques personnes, notamment chez les femmes; mais nous les regardons comme une raison de plus pour opérer. En effet, l'hydrothorax n'est qu'une circonstance aggravante de ces spasmes, et, en le dissipant, il ne peut en résulter qu'une influence favorable sur eux.

Mais des maladies graves coexistantes de la part du cerveau, des organes contenus dans le bas-ventre, et quelquefois du poumon, telles qu'une pneumonie étendue, doivent tenir sur la réserve pour l'opération, et quelquefois la contre indiquer, en raison du retentissement fâcheux qui pourrait en résulter pour ces maladies. Mieux vaut alors temporiser et combattre ces dernières, pour revenir à la thoracentèse dès qu'un amandement favorable le permettra.

Il est certaines conditions de la part des sujets qui ne laissent que peu d'espoir pour la réussite de l'opération, et alors le médecin doit sacrifier à l'opinion publique, et s'abstenir en présence d'un résultat qui, dans le public, passerait au moins pour avoir hâté la mort; telles sont la détérioration complète du ma-

lade, le marasme, une faiblesse profonde, en un mot l'épuisement des ressources de l'organisme.

A ce sujet se présente une question de majeure importance. A quelle époque doit-on opérer ? Faut-il attendre que le sujet soit épuisé, comme le veulent quelques auteurs qui n'octroient l'opération qu'à la dernière extrémité ? faut-il, au contraire, opérer de bonne heure, comme le veulent quelques autres ? Il est clair que, si l'opération en elle-même n'est pas dangereuse, il y aurait folie à temporiser quand tous les moyens ont échoué, et à laisser s'écouler, en pure perte pour le malade, un temps dont chaque heure le plonge dans une position de plus en plus désespérante. Opérer tard, quand le malade est épuisé, c'est s'exposer gratuitement au reproche aveugle que le public ne manquerait pas de faire à l'opération comme moyen nuisible.

Le médecin doit donc savoir prendre une détermination en temps opportun ; et si toutefois il devait commettre une méprise, il vaudrait mieux que ce fût en opérant trop tôt que trop tard.

Nous avons dû insister plus longtemps que ne le comportait notre œuvre sur la thoracentèse, à cause de son importance et de l'esprit de doute qui reste encore dans les esprits au sujet de son efficacité. Nous nous résumons dans les conclusions suivantes :

1° La thoracentèse est une opération inoffensive par elle-même quand elle est pratiquée d'après une méthode qui empêche la pénétration de l'air atmosphérique dans la cavité pleurale pendant comme après l'opération, qui favorise le déplissement graduel du poumon suivant le retrait du liquide, et qui place l'ouverture interne de la plaie dans des conditions à ne point permettre la filtration du liquide dans l'épaisseur des parois après l'opération. La méthode de M. Guérin a seule tous ces avantages.

2° La thoracentèse doit être pratiquée toutes les fois qu'un épanchement double ou simple, mais vaste, ayant résisté à tous les moyens mis en usage, compromet la vie du malade d'une manière prochaine ou éloignée, et il faut toujours y avoir recours assez à bonne heure, quand le malade n'est pas encore épuisé. Pour notre compte, dans les vastes hydrothorax avec dyspnée considérable, quand ces moyens paraissent avoir peu d'efficacité, nous ne balançons point à évacuer le liquide, pour placer les plèvres dans de meilleures conditions et permettre aux

médications ultérieures d'avoir une action mieux secondée pour la résorption du liquide qui viendrait à se former de nouveau, ou celui restant.

3° L'opération doit être mise à contribution plusieurs fois, si le cas l'exige; car tel hydrothorax qui, après une première, ne guérit pas, tant sous l'influence des médications que sous les efforts de la nature, peut guérir après une deuxième, une troisième, une quatrième opération.

4° La thoracentèse est par elle-même un moyen curatif de l'hydrothorax dans quelques cas; dans d'autres, elle est un puissant moyen adjuvant; dans d'autres, enfin, elle n'est qu'un palliatif, mais un palliatif de haute ressource.

5° L'évacuation du liquide ne doit pas être faite jusqu'aux dernières gouttes. — Pour les circonstances qui peuvent contre-indiquer l'opération, il en est fort peu, ainsi que nous l'avons dit.

Art. 4. — De l'hydropéricarde.

L'hydropéricarde, qui tire son étymologie des mots grecs ὕδωρ, eau, et περικαρδιον, péricarde, signifie un épanchement d'eau dans la cavité du sac membraneux qui enveloppe le cœur. Non-seulement nous n'adoptons pas l'interprétation de Laënnec, qui prétendait ne désigner sous ce nom que l'hydropisie essentielle du péricarde, mais nous nous déjetons même au delà des idées communément adoptées. L'hydropéricarde, suivant le cours actuel de la science, embrasse tous les épanchements séreux de la poche qui enveloppe le cœur. De même que nous avons admis que l'hydrothorax doit comprendre tous les épanchements séreux, purulents, séro-purulents, séro-hématiques, parce qu'on ne peut préjuger à coup sûr la nature du liquide pendant la vie: de même, nous faisons entrer dans l'hydropéricarde tous ces épanchements, du moment qu'ils s'éloignent, par leur quantité comme par leur composition, de l'état physiologique, et qu'ils gênent les fonctions du cœur au lieu de les favoriser.

Nous ne nous arrêterons pas aux divisions généralement admises jusqu'à ce jour sur l'hydropéricarde qui nous occupe. Ces divisions étaient insuffisantes ou erronées; chacun a dû le comprendre en lisant les divers traités. La meilleure est celle qui est basée sur

son étiologie. Pour en faciliter l'étude, nous le partagerons de suite en deux ordres, comme nous avons fait pour l'hydrothorax : ce qui permettra de remonter promptement à sa cause, et de lui assigner facilement une place dans l'une des classes que nous avons établies pour les hydropisies en général.

Il faut donc considérer l'hydropéricarde suivant qu'il existe primitivement seul, et alors il résulte toujours d'une lésion fonctionnelle ou organique plus ou moins appréciable de la séreuse ; et suivant qu'il existe concurremment avec d'autres suffusions séreuses : dans ce cas il est le produit d'une cause générale ou à retentissement général sur les surfaces exhalantes.

Altérations anatomiques. Nous devons rapporter logiquement les altérations anatomiques à deux ordres de faits : 1° au liquide lui-même ; 2° au sac qui le contient. Pas plus que dans les autres hydropisies, il n'est possible dans l'hydropéricarde de préciser mathématiquement le point où la collection constitue l'hydropisie. Mais, soit que la présence du liquide ait été signalée par quelques troubles pendant la vie, soit que, ayant passé inaperçu, on en trouve une certaine quantité après la mort, on devra admettre qu'il est le résultat d'un état morbide, parce qu'il s'est révélé dans le premier cas, et que, dans le second, l'absence de la même collection dans les autres cavités séreuses empêche de croire à un effet *post mortem*. Du moins au plus, la quantité du liquide peut être très-variable ; elle peut s'élever depuis quelques onces jusqu'à quatre, cinq et six livres. Corvisart, qui attribuait peu d'extensibilité au péricarde, regardait le chiffre de quatre livres comme le maximum que puisse atteindre l'épanchement. Le cas observé par Casimir Broussais, où il s'élevait jusqu'à la partie supérieure du sternum en haut, tandis qu'inférieurement et latéralement il refoulait le diaphragme, le foie et la rate, est une preuve évidente de l'extensibilité de cette séreuse et des proportions que peut acquérir la collection. Le liquide peut offrir, dans cette hydropisie, comme dans l'hydrothorax, des qualités diverses ; il peut être citrin, limpide, plus ou moins chargé d'albumine, ou louche, opalescent, jaune-serin, jaunâtre, suivant qu'il contient des matières plastiques, des flocons en suspension, des globules pyoïdes, purulents : il est alors purulent ou séro-purulent. Il peut enfin offrir diverses colorations hématiques depuis le rosé jus-

qu'à la couleur lie-de-vin, suivant qu'il contient plus ou moins de globules rouges ou de matière colorante du sang.

La quantité d'albumine que contient le liquide quand il est clair et citrin et ne présente, en apparence, aucune des modifications qu'il a à la suite des phlegmasies, peut cependant servir à démasquer le genre de lésion morbide à laquelle l'hydropisie doit sa source. C'est ainsi que, quand l'albumine y est en quantité moins grande que dans le sérum du sang, on peut rigoureusement conclure que l'épanchement n'est pas le résultat d'une congestion active ou irritation sécrétoire du péricarde, et à plus forte raison de son état phlegmasique : tandis que quand ce principe est en quantité plus grande, c'est une raison pour pencher vers l'un de ces états morbides.

Quand l'hydropéricarde est ancien, le cœur peut être pâle, mollasse ; ses fibres sont alors macérées par le liquide ; il peut présenter également un certain degré d'atrophie. La séreuse péricardique offre la même décoloration, et peut être épaissie avec ramollissement de tissu, par suite aussi de la macération. Le péricarde peut offrir dans toutes ses tuniques les divers degrés d'altération qu'on lui retrouve à la suite des phlegmasies aiguës ou chroniques.

Symptomatologie. La symptomatologie de l'hydropéricarde se tire de deux ordres de phénomènes, les uns locaux, les autres généraux. Les premiers se révèlent par la palpation, la mensuration, la percussion et l'auscultation.

1° Signes locaux ou directs.

Corvisart attachait à la palpation une grande importance. Ce grand médecin croyait reconnaître au toucher, dans l'intervalle des troisième, quatrième et cinquième côtes, une sensation de fluctuation due à l'impulsion que le liquide, dans l'hydropéricarde, reçoit du cœur et transmet aux parois costales. Il penchait à regarder ce signe comme pathognomonique. M. Bouillaud, au contraire, croit que cette sensation n'est pas due à la fluctuation, mais qu'elle est le résultat des contractions du cœur, qui vient encore heurter, quoique plus faiblement, contre ces parois. Dans l'épanchement considérable, la sensation de fluctuation n'est pas

douteuse : ce signe n'a, par conséquent, qu'une valeur relative qu'il faut savoir lui conserver.

Corvisart regardait également comme signe d'hydropéricarde les battements du cœur qui se font sentir tantôt dans un point, tantôt dans un autre, dans une plus grande étendue qu'à l'état normal, parce que, dans l'hypertrophie, la seule maladie du cœur qui puisse donner le même résultat, les battements, quoique occupant un plus grand espace que d'habitude, se font sentir dans tout cet espace, tandis que, dans l'hydropéricarde, le cœur, qui nage dans le liquide, bat tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Ce signe a encore une certaine valeur, mais envisagé différemment que par Corvisart. Le cœur ne peut nager dans un liquide plus léger que lui : dans les positions inclinées du malade, à gauche ou en avant, il se porte dans les parties les plus déclives et le liquide est au-dessus ; les battements se font sentir alors dans ces parties éloignées l'une de l'autre suivant les positions, ce qui n'arriverait pas si le péricarde lui servait simplement d'enveloppe de glissement. C'est en ce sens que ce signe a une valeur.

Mais le même phénomène a lieu quand la duplicature péricardique est soudée par des pseudo-membranes. Toute la masse, cœur et péricarde, se déjete alors d'un côté ou de l'autre par les changements de position; les battements se font sentir sur les points inclinés dans des limites plus grandes qu'à l'état normal. Il faut donc que d'autres signes viennent s'ajouter à celui-ci pour que l'hydropisie puisse être révélée par lui. M. Pigeaux l'a regardé comme pathognomonique de l'hydropéricarde. Il ne peut certainement avoir une signification pareille que quand l'épanchement est considérable ; dans l'épanchement léger ou moyen, il manque d'une manière absolue ou est bien peu prononcé, et cependant c'est précisément alors qu'il importe de reconnaître l'hydropisie.

La palpation fournit encore un signe précieux pour mettre sur la voie du diagnostic. En effet, quand le péricarde contient du liquide en quantité notable, en appliquant la main à la région précordiale, le malade étant couché horizontalement sur le dos, on perçoit peu ou pas d'impulsion, cette impulsion étant amortie par la couche du liquide interposée entre le cœur et les parois

thoraciques. Dans cette circonstance, si on fait coucher le malade sur le côté gauche, le cœur occupant alors le point déclive du péricarde, on perçoit son impulsion un peu au-dessous du creux axillaire, au niveau et au-dessous du sein. Ces résultats, dans deux positions différentes, ont une valeur diagnostique importante.

Dans l'hydropéricarde, surtout un peu considérable, on constate presque toujours une voussure à la région précordiale. Cette voussure est appréciable à la vue; mais la palpation et la mensuration en déterminent l'étendue, comme elles servent à la distinguer de la voussure congénitale qui résulte d'une vicieuse courbure des cartilages articulaires et des côtes.

Plus l'hydropéricarde est considérable, plus la voussure est étendue et saillante. Ce phénomène est si constant d'après M. Louis (1), que, sur 32 cas observés par lui, il n'a manqué qu'une fois. Un pareil résultat entre les mains d'un observateur aussi rigoureux que M. Louis nous oblige à croire qu'il a toujours eu affaire à des hydropéricardes anciens et considérables; car, dans les épanchements récents et de moyenne étendue, il ne saurait y avoir voussure, parce que le liquide ne produit pas assez de tension pour provoquer l'incurvation des côtes et des cartilages articulaires, ou même la saillie des espaces intercostaux. C'est ainsi que sur 16 cas d'hydropéricarde par nous exactement notés, nous ne trouvons que 5 fois la voussure précordiale, et dans ces 5 cas il s'agit d'épanchement ancien et considérable, tandis que, dans les 11 cas restants, de moyenne ou de faible étendue et récents, nous ne trouvons pas de traces de voussure. Ce signe est, du reste, facile à apprécier à la vue, et on ne peut nous taxer d'erreur. La voussure, quand elle existe, est plus prononcée au niveau des ventricules que vers les oreillettes. Ses dimensions varient suivant le diamètre vertical et le diamètre transversal. Le développement anormal du cœur donne également lieu à cette saillie anormale; mais il y a alors des signes propres à cette affection organique, qui servent à la faire distinguer.

La percussion et l'auscultation fournissent les signes les plus importants dans l'hydropéricarde. Ceux que donne la percussion

(1) *Mémoires ou recherches anatomico-pathologiques.* Paris, 1826, page 253.

varient suivant que l'hydropisie est médiocre ou considérable. C'est ici surtout qu'on sent le besoin de la plessimétrie pour avoir, à une demi-ligne près, les limites exactes des résonnances. Dans un épanchement médiocre, le son mat que donne la percussion s'étend plutôt de haut en bas que transversalement, et est susceptible de varier avec différentes positions données au malade. C'est ainsi que la matité qu'on obtient en percutant le malade couché sur le dos gagne à gauche et en dehors, en même temps qu'elle disparaît d'autant à droite et en dedans quand on fait pencher le malade sur le côté gauche, et qu'on le percute en cette position, etc. La percussion doit être exercée avec force pour ne pas s'en laisser imposer par la sonoréité due à la languette pulmonaire qui recouvre la base du péricarde. Pour procéder avec ordre, il faut la pratiquer comme quand on cherche à limiter le cœur, suivant une ligne qui, partant de trois à quatre centimètres au-dessus du niveau du sein droit, se dirige obliquement en bas à gauche et en dehors, pour venir aboutir à trois ou quatre centimètres au-dessous du niveau du sein gauche. La percussion exercée dans cette direction donne d'abord les limites transversales; puis, suivant une ligne qui, partant du deuxième espace intercostal gauche à deux centimètres en dedans du sein, vient couper à angle aigu la ligne précédente, on obtient, en percutant, la matité de haut en bas. Pour un percuteur habile et exercé, une fois les quatre points principaux obtenus et marqués avec le crayon au nitrate d'argent, il serait facile, en pratiquant la percussion dans les points intermédiaires à la périphérie de ceux-ci, de donner les limites à peu près exactes de l'espace occupé par l'épanchement. Avec un épanchement considérable, la matité gagne de la base au sommet, de façon à se rapprocher de l'appendice xiphoïde d'une part et du sommet du sternum de l'autre, et transversalement du sein gauche vers le sein droit.

Dans tous les cas, un épanchement faible donne lieu à une matité plus ou moins étendue vers la pointe du cœur, à sa partie inférieure, quand on a soin de percuter le malade dans la position assise, le tronc incliné en avant.

L'auscultation fournit des signes d'une grande précision dans l'hydropéricarde. C'est à M. Louis qu'on doit d'avoir signalé le

premier la faiblesse, l'obscurcissement des battements du cœur quand il y a épanchement péricardique un peu considérable.

L'oreille ne perçoit alors que des battements lointains, douteux et quelquefois nuls. Quand il y a peu de liquide, les bruits peuvent être perçus comme à l'état normal, ou moins distinctement. Ils faiblissent avec son augmentation, et semblent provenir de loin, séparés qu'ils sont de l'oreille par un corps non conducteur.

Si le rhythme se conserve à l'état physiologique dans les épanchements médiocres, il devient irrégulier quand il y a collection vaste; les bruits comme les temps sont séparés par des intervalles inégaux. Dans les cas les plus graves, ces bruits cessent complétement d'être perçus par l'oreille la mieux exercée.

Nous devons mentionner encore un signe local propre à révéler l'hydropéricarde, certaines sensations éprouvées par les malades. C'est ainsi que quelques-uns accusent un poids à la région précordiale; quelques-uns aussi, et c'est le plus grand nombre, sentent leur cœur se débattre dans un liquide, nager dans l'eau. Ce dernier phénomène, dont Reimon et Saxonia ont rendu compte les premiers, a été rencontré par nous 9 fois sur 16 cas d'hydropéricarde. Nous devons dire cependant que ce n'était pas sur les épanchements les plus étendus; en sorte qu'on dirait qu'il faut, pour que le malade ait cette sensation un peu différente de celle qui fait dire à certains malades qu'il leur semble que leur cœur se noie, il faut, disons-nous, que le péricarde soit médiocrement distendu, et le liquide susceptible de se mouvoir dans sa cavité : tandis que, pour la deuxième sensation, la collection doit être considérable.

2° Phénomènes généraux ou relatifs.

Parmi les phénomènes généraux qui servent à constituer le groupe symptomatologique de l'hydropéricarde, se trouvent ceux appartenant à la circulation, à la respiration et à l'absorption.

Quelques auteurs, tels que Morgagni et Corvisart, prétendent que le pouls est petit, fréquent et irrégulier; tandis que d'autres, avec Sénac, le disent dur et lent. Kreysig prétend, au contraire, qu'il n'est point modifié. Et, de fait, suivant que l'épanchement est peu étendu ou vaste, on peut rencontrer toutes ces modifi-

cations de la circulation, sans toutefois qu'elles soient constantes.

La dyspnée est un phénomène constant. Elle est en raison directe de la quantité de liquide et d'autres altérations qui peuvent exister dans les organes pulmonaires. Elle est souvent portée jusqu'à l'orthopnée. Il y a alors en même temps teinte violacée avec bouffissure de la face. Les lèvres se tuméfient et prennent la même teinte, mais plus foncée. Les capillaires deviennent quelquefois turgescents et visibles.

Parmi les phénomènes que les auteurs placent dans ceux par défaut d'absorption ou de résorption, sont les œdèmes, toutes les suffusions séreuses consécutives. Ces accidents ne sont pas le résultat d'un défaut d'équilibre entre les fonctions de sécrétion et d'absorption, mais bien un effet de la stase sanguine par obstacle à la circulation. Les œdèmes s'observent d'abord aux extrémités inférieures, puis au tronc, et enfin à la face et aux extrémités supérieures. Les dispositions aux lypothimies, aux congestions vers le cerveau, les battements tumultueux des carotides sont aussi des phénomènes propres à l'hydropéricarde, et qui dépendent essentiellement de la gêne apportée à la circulation.

Tous ces phénomènes généraux que nous venons d'énumérer sont communs à l'hydropéricarde et à beaucoup d'autres affections du cœur et des poumons: il faut donc n'y attacher qu'une importance secondaire, considérés isolément; mais quand ils s'associent aux signes locaux, ils ajoutent une grande valeur au diagnostic. Aux phénomènes que nous venons d'indiquer se joignent ceux de l'état morbide qui a donné naissance à l'hydropéricarde, tels que péricardite aiguë ou chronique, etc.

Marche, durée, terminaison. La marche de l'hydropéricarde est en raison de la cause qui lui donne naissance. C'est ainsi que, quand il procède de la congestion active ou irritation sécrétoire, ce qui doit être bien rare, ou de la phlegmasie aiguë ou subaiguë de la séreuse péricardique, ce qui est le plus fréquent, son développement est plus rapide, et il peut arriver promptement à son maximum; ou bien il marche avec une certaine gradation, de façon à atteindre son maximum dans l'espace de quinze à vingt jours.

L'hydropéricarde peut se former encore avec une étonnante rapidité à la suite des exanthèmes cutanés, aigus ou chroniques, alors surtout que ces éruptions cutanées avortent, ou sont interverties dans leur évolution ; la même rapidité peut se manifester dans son développement, à la suite de la suppression brusque de quelque flux normal ou anormal existant depuis longtemps, ou de quelque exutoire dans les mêmes conditions. Le mécanisme de sa formation est alors évidemment multiple, c'est-à-dire qu'il y a autant altération dans les fonctions de la séreuse par suite d'hypérémie pour ainsi dire mécanique, qu'altération du sang.

Quand il naît sous la même influence que d'autres suffusions séreuses qui apparaissent concurremment avec lui ou ont existé avant, c'est-à-dire sous l'influence d'une cause à action générale, telle que l'altération du sang, la maladie de Bright, etc., sa marche est ordinairement alors très-lente, et son volume n'est jamais très-considérable. Quelquefois cependant l'épanchement s'effectue dans l'espace de quelques heures, du soir au matin ; c'est ce que nous avons observé dans un cas d'hydropéricarde consécutif au scorbut. Et, chose remarquable, l'épanchement péricardique est presque nul dans les affections organiques du cœur, qui donnent si facilement lieu aux autres suffusions séreuses.

Rien de plus variable que la marche de cet épanchement à la suite de la péricardite chronique. Sans doute, la formation d'une certaine collection suit de très-près l'altération de la séreuse; mais tantôt son accroissement est rapide, tantôt il est lent et gradué, ou irrégulier. Au reste, les divers traitements employés sont susceptibles de modifier, dans quelques cas, le développement de l'hydropéricarde.

La durée est elle-même, en thèse générale, et abstraction faite des complications, en raison presque directe de sa marche et de sa cause. La collection qui s'effectue avec rapidité pour arriver promptement à son maximum se termine vite par la mort, par suite de l'obstacle qu'elle apporte aux fonctions du cœur.

Celle qui se fait avec une grande lenteur se prolonge fort longtemps, parce que le cœur s'habitue graduellement à sa pré-

sence, et il faut alors qu'elle soit arrivée à un point extrême pour entraîner la mort, si, du reste, tous les autres organes sont sains.

XIXe OBSERVATION. — VASTE HYDROPÉRICARDE CONSÉCUTIF A UNE PÉRICARDITE CHRONIQUE. — ONZE ANS D'EXISTENCE.

Madame G., femme d'un négociant de Givet (Ardennes), âgée de 50 à 52 ans, de taille moyenne, de constitution bonne primitivement, et douée d'un tempérament lymphatique sanguin, était atteinte, depuis 1837, de dyspnée habituelle avec palpitation à la moindre ascension, ou dans les mouvements brusques d'inclinaison. Cet état, d'abord médiocrement gênant au début, avait fini par prendre des proportions telles, que madame G. devait s'interdire les promenades, et éviter, autant que possible, de monter. Elle conservait assez d'embonpoint et de fraîcheur dans le teint; mais cet embonpoint était illusoire, car il trahissait une infiltration générale, plus appréciable aux extrémités inférieures, où la dépression laissée par le doigt qui comprimait la mettait clairement à découvert.

C'est à la suite de quelques peines morales que cette dame avait ressenti, fin de 1836, les premières atteintes de son mal. Quelques douleurs sourdes et passagères à la région précordiale, se répétant de temps en temps durant l'espace d'un mois, avaient préludé à tous les désordres. Il convient de dire qu'elle avait passé toute sa jeunesse en Belgique (province de Liége), pays extrêmement humide et froid, et qu'elle avait été sujette à de fréquentes attaques de rhumatisme.

Elle considéra les douleurs précordiales comme tenant de ce principe, et n'y attacha qu'une médiocre importance, au point de ne recourir à aucun traitement. Ce n'est qu'un mois après, quand apparurent les phénomènes dyspnéiques, qu'elle consulta son médecin. Quel fut le diagnostic porté par ce confrère? nous l'ignorons. Toujours est-il que le traitement prescrit semblait indiquer qu'il était sur la voie de l'affection réelle. Ventouses scarifiées, vésicatoires, puis cautères à la région du cœur, telles furent les applications externes auxquelles il eut recours, tandis qu'il administrait à l'intérieur les préparations de digitale, et de

temps en temps quelque purgatif. Sous l'influence de ce traitement, tout se calma, phénomènes généraux et désordres locaux; mais il restait de l'essoufflement dans la marche et surtout dans l'ascension.

Pendant trois ans ensuite, madame G. ne suivit plus d'autre traitement, et se borna aux soins hygiéniques conseillés. En 1840, il survint une recrudescence trahie par des douleurs sourdes à la région du cœur et l'exaspération de la dyspnée.

Quelques petites applications de sangsues, des vésicatoires promenés sur le siége de la douleur amenèrent encore du soulagement; mais la dyspnée persista à un degré prononcé. La malade eut alors recours aux conseils de M. Fallot (de Namur), que la science connaît si honorablement. Sans doute l'hydropéricarde n'échappa point à la sagace investigation du savant confrère; car il prescrivit un séton à la région précordiale, la continuation de l'usage de la digitale, et des purgations répétées tous les quinze jours, au moyen de l'eau de Sedlitz. Madame G. conserva son séton pendant deux ans, et suivit en tout point le traitement du médecin de Namur. Le résultat ne fut que très-médiocrement satisfaisant, à tel point que, fatiguée de tant de remèdes, elle résolut de ne plus rien faire, et se borna à mener une vie aussi calme et tranquille que possible.

De 1845 à 1847 madame G. fut sujette à une nouvelle maladie : vers la fin de 1845, un ictère apparut, accompagné de douleurs plus ou moins vives à la région du foie, qui la tint au lit pendant un mois. Depuis cette époque, l'ictère reparut encore quatre fois dans l'espace de deux ans; jamais la malade n'eut recours à nous dans ces diverses circonstances.

En janvier 1848, les extrémités inférieures avaient acquis un volume plus considérable par suite de l'accroissement de l'œdème dont elles étaient le siége. La dyspnée habituelle avait augmenté aussi au point de troubler le repos; alors seulement nous fûmes consulté. Madame G. ne se doutait nullement de sa position; elle croyait sérieusement être atteinte de phthisie pulmonaire. Après nous être renseigné suffisamment sur les précédents, édifié que nous étions déjà sur les phénomènes généraux que nous connaissions dans toute leur étendue, puisque nous avions fréquemment occasion de voir cette dame en société, nous procédâmes à

l'examen direct, qui ne nous laissa aucun doute. Voici en quel état nous la trouvâmes.

Infiltration considérable des pieds et des jambes; œdème de la face, du thorax, des parois du ventre; absence de liquide dans la cavité péritonéale et dans celles des plèvres; dyspnée assez intense, constatée par la fréquence des inspirations, portées à 33 à la minute; intermittence irrégulière du pouls sans autres caractères saillants. La percussion médiate pratiquée, la malade étant couchée sur le dos, donne une matité verticale de 11 centimètres à 2 centimètres et demi en dedans du sein gauche, et une matité transversale de 7 centimètres.

L'infiltration des parois thoraciques et la présence du sein correspondant empêchent d'apercevoir aucune voussure; mais l'index, percutant fortement sur un espace intercostal immédiatement au-dessous et un peu en dedans du sein, perçoit une ondulation distincte sans aucune impulsion sensible du cœur.

L'auscultation médiate et immédiate ne laisse percevoir aucun des bruits du cœur. Ils sont complétement masqués. Impossible de distinguer les deux battements. Avec les positions inclinées données à la malade, la matité transversale se déplace, gagnant à gauche en dehors, ou à droite en dedans, suivant qu'elle est placée dans une de ces positions. Avec tous ces phénomènes, il n'y a cependant pas de teinte violacée à la face, qui est rosée, au contraire; les lobules des oreilles ont seuls cette teinte. Les veines superficielles des mains et des bras paraissent saillantes.

Après cet examen rigoureux, nous pûmes rassurer madame G. sur l'état de ses poumons; et, sans lui dire positivement de quelle maladie elle était atteinte, nous lui fîmes espérer qu'elle pourrait vivre encore longtemps, puisqu'elle l'avait portée jusque-là à peu près impunément.

Cette malade avait évidemment un hydropéricarde vaste et de vieille date. L'hydropisie avait succédé, suivant toute apparence, à une péricardite chronique, et n'était arrivée que graduellement au point où nous l'avons vue.

Cette observation prouve donc qu'on peut vivre longtemps avec un épanchement considérable dans le péricarde, à la condition cependant qu'il s'effectue avec lenteur, permette au sac

de se distendre sans secousse, et laisse les principales fonctions s'habituer par gradation à sa présence. Madame G. vit encore à l'heure qu'il est.

Corvisart avait déjà fait la remarque que le brusque épanchement d'une à deux livres tue presque à coup sûr le malade, tandis que celui qui survient lentement et graduellement peut arriver aux chiffres prodigieux de sept à huit livres. La remarque de ce célèbre médecin était juste. Il est peu de praticiens qui n'aient pu en faire la vérification.

Un malade porteur d'hydropéricarde de moyenne étendue peut vivre fort longtemps, sans contredit. Quand on a fait beaucoup d'autopsies, on a eu fréquemment l'occasion de rencontrer des épanchements péricardiques de ce volume, qui avaient médiocrement gêné les malades pendant leur vie, et qui étaient étrangers à la mort qui les avait frappés. C'est ainsi qu'un hydropéricarde, succédant à une de ces causes à action générale, peut persister, lors même que les autres suffusions séreuses ont disparu, parce que la séreuse d'enveloppe du cœur semble plus réfractaire à l'absorption que les autres, et les malades peuvent continuer à vivre. C'est ainsi encore qu'on rencontre, tous les jours, des personnes atteintes d'hydropéricarde de moyenne étendue, consécutif à la péricardite chronique, et qui vivent longtemps sans se douter de l'affection dont elles sont atteintes, se plaignant seulement d'une dyspnée habituelle qui augmente par la marche, l'ascension ou les fatigues.

La mort est la terminaison la plus fréquente de l'hydropéricarde vaste; les désordres que les fonctions du cœur, et consécutivement celles du cerveau et des poumons éprouvent, suffisent pour l'expliquer. Il n'est cependant pas impossible de voir le retour à la santé quand l'épanchement résulte d'une péricardite aiguë ou subaiguë, et à plus forte raison s'il est de moyenne étendue, comme quand il est le produit d'une irritation sécrétoire.

La guérison de l'hydropéricarde a lieu de deux manières : ou par la résorption pure et simple du liquide, ou par la résorption d'une partie, l'autre partie se transformant, par coagulation, en pseudo-membranes qui font adhérer ensemble les deux feuillets de la séreuse, et qui, dans un espace de temps plus ou

moins long, finissent par s'user par le frottement. Elle peut encore avoir lieu par l'évacuation du liquide au dehors, au moyen d'une opération chirurgicale. Quand l'hydropéricarde résulte d'une cause indestructible, telle que la néphrite albumineuse chronique, les obstacles à la circulation veineuse, etc., il n'offre pas de chance de curabilité.

Celui qui, comme d'autres suffusions séreuses survenues en même temps ou avant, émane d'une cause à action générale, telle que les altérations du sang, etc., susceptible de disparaître, laisse au médecin l'espoir d'une guérison plus ou moins probable.

L'hydropéricarde, suite de phlegmasie chronique de la séreuse, ne paraît pas, de prime abord, devoir résister complétement aux moyens de traitement. Et, de fait, on en a vu guérir ; mais il est, sans contredit, un de ceux dont la marche déroute le plus la médecine, parce qu'elle est obscure, souvent latente ; et, sans contredit aussi, c'est un de ceux qui exposent le plus au mécompte ; car, après l'avoir vu diminuer au point de laisser entrevoir une guérison complète, il rebondit souvent de plus belle, et suit une marche progressive, invariable, pour arriver à un état d'extension considérable, ou reste stationnaire quand il est arrivé à un certain degré de développement. En un mot, la guérison de cet hydropéricarde est très-souvent impossible.

Quoique la gravité de l'hydropéricarde en général soit incontestable, on l'a cependant exagérée. On l'a souvent exagérée parce qu'on n'a pas toujours su en préciser la nature et le point de départ, parce qu'on a confondu l'épanchement consécutif à la phlegmasie ou à l'hypérémie de la séreuse avec des épanchements inhérents à des causes indestructibles, parce qu'on n'a pas assez tenu compte des divers degrés de la collection, des complications qui l'accompagnent, et enfin parce qu'on n'avait pas assez fait d'ouvertures de cadavres susceptibles de démontrer la possibilité de la guérison.

C'est ainsi que Corvisart, qui a tant fait pour les maladies de cœur, et peut-être même parce qu'il en avait étudié la phénoménalité d'une manière spéciale, fut un de ceux qui désespérèrent le plus de la cure de l'hydropéricarde.

Nous savons aujourd'hui que l'hydropéricarde, suite de péricardite aiguë, est susceptible de résorption, tout comme l'hydro-

thorax consécutif à la pleurite, quoique dans de moindres proportions : de même que la péricardite, qu'on regardait comme toujours mortelle du temps de Corvisart, est susceptible de céder très-souvent à un traitement bien dirigé, et secondant les efforts de la nature.

3° Moyens de reconnaître la décroissance de l'hydropéricarde.

Peut-on reconnaître la décroissance de cette hydropisie, comme on en constate l'accroissement? Il semble que les mêmes moyens qui nous servent à en mesurer la progression avec tant d'exactitude devraient nous guider d'une manière tout aussi sûre pour marquer sa diminution. Il faut cependant avouer que ce n'est qu'avec une grande habitude dans la percussion, et surtout dans la plessimétrie, qu'on peut en arriver là. Les phénomènes généraux peuvent bien dénoter une certaine amélioration par la décroissance de leur intensité; mais c'est toujours un terme banal et qui ne doit inspirer qu'une confiance médiocre.

Il faut une exploration minutieuse pour obtenir les lignes qui délimitent l'épanchement, et, par conséquent, qui en mesurent le niveau. M. Pigeaux a assez bien indiqué ceux auxquels on reconnaît la diminution et la résorption complète du liquide (1). Nous citerons le passage de l'auteur, en y apportant, cependant, quelques restrictions, d'après notre manière de voir.

« Aussitôt que la résorption du liquide commence, dit-il, l'étendue de la matité diminue aussi, mais d'abord lentement, en raison du peu d'activité des membranes séreuses à revenir sur elles-mêmes après avoir été distendues. » Nous croyons que l'auteur n'a pas tenu compte ici de la différence, en nature, des épanchements. Puisque le péricarde est susceptible d'être distendu brusquement par une grande quantité de liquide, si la résorption commence promptement et avec activité, quand il y a eu péricardite, la matité décroît rapidement aussi, et non lentement, comme le fait observer M. Pigeaux. Puis, arrivée à un certain point, elle devient stationnaire, et le demeure longtemps, non par la difficulté qu'a le péricarde à revenir sur lui-même, mais parce que le restant du liquide s'est coagulé, s'est pris en gelée, et con-

(1) Pigeaux, *Traité des maladies du cœur*, p. 171 et 172.

stitue des fausses membranes qui environnent le cœur et qui donnent lieu à cette matité stationnaire. Nous continuons le passage de M. Pigeaux : « On sent seulement alors un peu moins de résistance sous le doigt qui percute; la vibration est moins franche. Bientôt après, la matité se concentre transversalement au voisinage de la pointe du cœur. Le niveau du liquide se circonscrit et se rapproche des oreillettes, le malade étant couché en supination.

« Si l'affection marche vers une entière résolution, la percussion fait sentir que le liquide se concentre vers la base du cœur; les ventricules, à leur partie antérieure, cessent d'être immergés, en sorte que le niveau du liquide, loin de baisser, comme on aurait pu le croire de prime abord, semble remonter. Il baisse cependant, en réalité, en se rapprochant de l'origine des gros vaisseaux et de la colonne vertébrale, qui est la partie la plus déclive du péricarde. Dès que la collection du liquide est réduite à quelques onces, elle cesse d'être perceptible à nos moyens d'investigation, lorsque le sujet est en supination. Mais si l'on fait asseoir le malade, le corps légèrement incliné en avant, la matité reparaît à la pointe du cœur. Il ne faudrait donc pas croire la résorption complète, parce que, dans la position qu'occupe habituellement le malade, la sonorité de la région précordiale est revenue à l'état normal. La contre-épreuve ci-dessus doit être faite au préalable. On doit regarder la résorption complète comme très-probable lorsque la sonorité superficielle du voisinage des oreillettes commence à devenir perceptible; lorsqu'elle est devenue normale, on doit en augurer le retour définitif du péricarde sur lui-même, et celui du poumon à la place qu'il occupait au-devant du cœur. »

Les données de M. Pigeaux nous semblent plutôt théoriques qu'inspirées par une pratique sévère. On peut d'abord objecter qu'elles s'appliquent seulement aux épanchements qui sont susceptibles d'être résorbés en entier, en restant à l'état liquide. Or, ce sont certainement les moins nombreux. D'abord, la résorption est d'autant plus facile, que le liquide épanché contient plus de matières plastiques capables de fournir noyau à un coagulum et à la formation de pseudo-membranes; ensuite, l'expérience a définitivement prouvé que, parmi les hydropéricardes, ceux qui

arrivent le plus habituellement à la résolution sont ceux qui découlent d'un état inflammatoire de la séreuse, péricardite aiguë, subaiguë et même chronique ; et ce sont précisément ceux-là qui contiennent plus de matières plastiques.

Dans ces derniers cas, comme nous l'avons dit plus haut, la percussion donne une matité moins étendue dès que la résorption de la partie liquide s'est opérée; et cette matité se concentre non pas seulement à la pointe du cœur, mais sur la face antérieure des ventricules, la base de l'organe recouverte alors par la lame pulmonaire donnant un son clair. La raison en est que les fausses membranes, le péricarde et le cœur ne faisant alors qu'un, ces parties du cœur sont immédiatement situées sous le sternum, tandis que sa base est affaissée, par la résorption de la portion aqueuse, pour devenir sous-jacente à la portion correspondante du poumon. Mais si, dans ce instant, on ajoute à la percussion le secours de l'auscultation, on a la preuve évidente de la résorption d'une grande partie du liquide. En effet, tant que le péricarde contenait assez de liquide pour immerger le cœur, les bruits de celui-ci restaient sourds, comme affaiblis et lointains : dès que la partie liquide est résorbée, et qu'il ne reste plus que le coagulum des fausses membranes, bien que la matité reste la même à la pointe et à la face antérieure des ventricules, ces mêmes bruits se sont rapprochés de l'oreille, ont repris en partie leur éclat et leur nuance habituels. L'impulsion elle-même, qui était faible ou nulle, à cause du liquide qui l'interceptait, acquiert une certaine force ; elle est quelquefois plus forte qu'à l'état normal, parce que le cœur se débat contre l'étreinte des fausses membranes, et que, ne formant qu'un tout avec celles-ci et le péricarde, toute la masse vient heurter, en un point, contre les parois thoraciques. Ne sait-on pas que les solides ont la propriété de transmettre les sons, ce qui n'appartient pas au liquide ? Voilà pourquoi, bien que la matité existe encore dans une bonne étendue après la résorption de la partie liquide de l'épanchement, le retour des bruits du cœur et de son impulsion annonce sa diminution et l'existence de pseudo-membranes.

Il existe encore un signe précieux propre à faire connaître la disparition d'une partie du liquide et l'existence des fausses mem-

branes. Ce signe n'a été indiqué par personne que nous sachions; le voici :

Quand des fausses membranes garnissent le péricarde, le malade étant couché en supination, on ne perçoit aucune impulsion du cœur en dehors du sein, au-dessous du creux axillaire. Si on le fait coucher sur le côté gauche, la main perçoit aussitôt une impulsion assez forte au-dessous du creux axillaire, sur le côté, et un doigt fortement appliqué sent le cœur qui soulève les muscles intercostaux dans cet endroit, tandis qu'il n'y a plus d'impulsion dans la région précordiale. C'est que le cœur, soudé avec le péricarde, retombe en masse sur le côté en refoulant en arrière la partie du poumon qui se trouvait au-devant de lui. Quand le péricarde est plein de liquide, cet effet ne saurait avoir lieu d'une manière si tranchée, parce que le cœur noyé dans le liquide, quoique le déplaçant en partie par son poids, en trouve toujours suffisamment entre lui et le péricarde pour intercepter son impulsion. Nous regardons donc le signe que nous venons d'indiquer comme pathognomonique de l'existence de fausses membranes dans le péricarde.

Plus tard, ces fausses membranes finissent par disparaître, autant par résorption que par l'usure, fruit du frottement continuel. L'usure se fait plutôt vers la pointe et la face antérieure des ventricules, parce que c'est là que les mouvements sont le plus étendus. Quand donc la matité qui s'était concentrée sur ces points aura complétement disparu, ce qui ne peut avoir lieu qu'après un temps assez long, on pourra conclure que la résorption est complète ou à peu près, et que, s'il reste encore quelques fausses membranes, elles sont réduites à une lame fort mince.

La décroissance, la disparition complète de la voussure précordiale, quand elle existait, peut aider aussi à mesurer la décroissance de l'épanchement. Cependant il pourrait arriver, si l'épanchement existait depuis longtemps, que les côtes restassent incurvées; mais alors l'affaissement des muscles intercostaux laisserait des dépressions qui contrasteraient avec l'incurvation osseuse, et ces dépressions mêmes annonceraient la diminution ou la résolution de l'hydropéricarde. Les signes généraux tirés de la circulation, de la respiration et de l'absorption, quand ils

s'accordent avec les signes locaux et surtout ceux fournis par la percussion et l'auscultation, peuvent ajouter à la précision de la connaissance du décroissement de l'hydropéricarde; mais ce sont, en définitive, ces derniers qui en donnent la mesure juste quand ils sont judicieusement mis en usage.

Complications. En fait de complications de l'hydropéricarde, il faut distinguer celles qui sont une suite, une conséquence forcée de cette hydropisie et qui, par conséquent, ne méritent pas ce nom, et elles sont nombreuses; et les maladies qui ont existé avant ont contribué à sa production, et ne peuvent pas non plus passer pour des complications. En dehors de ces deux groupes de maladies nous n'en voyons aucune qui vienne d'habitude compliquer plus particulièrement l'épanchement péricardique, tandis qu'on peut en rencontrer de toutes sortes.

Diagnostic différentiel. Corvisart et Laënnec, ces deux grands médecins qui ont tant fait pour le diagnostic des maladies du cœur, avaient laissé complétement de côté le diagnostic différentiel de l'hydropéricarde. M. Bouillaud, qui a beaucoup écrit sur le même sujet, n'a rien précisé de plus à cet égard. Il dit seulement dans son *Traité des maladies du cœur* : « Notre expérience personnelle nous autorise à poser en fait que tout observateur qui fera un usage attentif des méthodes d'exploration indiquées plus haut parviendra toujours à reconnaître l'existence d'un abondant épanchement. »

Ce n'est pas seulement à reconnaître un vaste épanchement du péricarde que le médecin doit s'attacher, car alors le mal est souvent trop grand. Le mettre à même de discerner un épanchement de moyenne ou de petite étendue, c'est lui rendre un éminent service; la connaissance du diagnostic différentiel le conduira nécessairement à ce résultat. — Les auteurs du *Compendium* sont les premiers qui aient traité ce point de la question d'une manière étendue et convenable. Ils regardent comme pouvant être confondue avec l'hydropéricarde aigu la pleurite aiguë gauche avec épanchement, et avec l'hydropéricarde chronique la pleurésie chronique gauche avec épanchement. L'hypertrophie du cœur, la dilatation du cœur avec amincissement des parois, son ramollissement et sa rupture pourraient également simuler l'hydropéricarde. Nous adoptons pleinement cette

manière d'envisager la question, et nous suivrons ces auteurs sur ce terrain.

La pleurite aiguë gauche avec épanchement pourrait être confondue, il est vrai, avec l'hydropéricarde aigu; mais ce ne serait jamais qu'après un examen superficiel. En effet, la percussion qui limite la matité à la partie antérieure latérale gauche, à la région précordiale, dans l'hydropéricarde, donne des limites bien différentes à cette même matité, dans l'hydrothorax. Ici le son mat existe en avant, sur le côté et en arrière, à des élévations variables suivant l'étendue de l'épanchement, le malade étant assis. Dans l'épanchement pleural aigu, la matité se déplace suivant la position donnée au malade; tandis qu'elle ne se dépace pas ou dans de bien faibles limites dans l'hydropéricarde. Dans l'épanchement pleural il y a affaiblissement considérable de l'expansion vésiculaire ou absence complète partout où il y a du liquide, en avant comme en arrière, remplacée qu'elle est par une respiration bronchique ou le souffle tubaire. Dans l'hydropéricarde, si l'expansion vésiculaire est masquée à l'endroit où existe du liquide, elle est manifeste partout ailleurs, sur le côté et en arrière. La voussure qui est propre à l'hydropéricarde n'existe pas dans la pleurite aiguë avec épanchement. Ces signes sont donc plus que suffisants pour faire distinguer l'une de l'autre ces deux hydropisies. Mais s'il est facile d'établir le diagnostic quand ces deux hydropisies existent isolément, il n'en est pas de même quand elles se compliquent; et l'hydrothorax gauche à pleine poitrine pourra empêcher, à la rigueur, de reconnaître s'il y a en même temps hydropéricarde.

Dans ce cas, les signes locaux fournis par l'examen direct ne servent plus à rien, mais le commémoratif et les signes généraux peuvent donner de grands éclaircissements. Et d'abord, la dyspnée, qui peut être portée à un haut degré dans le vaste hydrothorax, prend de suite les proportions de l'orthopnée quand il y a en même temps hydropéricarde. On rencontre alors ce facies propre : dilatation des ailes du nez, injection violacée de la face et des lèvres, yeux hagards, etc., en raison de la double gêne qu'éprouvent les organes de l'hématose; le pouls, qui peut être petit, fréquent dans l'hydrothorax, joint à ces qualités une irrégularité prononcée quand il y a conjointe-

ment épanchement péricardique. Ajoutons enfin que, si les battements du cœur et ses bruits sont en partie masqués dans le vaste hydrothorax, ils deviennent tout à fait imperceptibles dans le cas de double épanchement, à cause de cette double colonne de liquide, dont l'une, intrapleurale, les amortit déjà, tandis que l'autre, intrapéricardique, ne permet même pas au cœur de venir percuter les parois du péricarde.

La douleur plus ou moins aiguë qui accompagne la pleurite aiguë gauche avec épanchement peut exister aussi dans la péricardite aiguë avec épanchement; mais nous venons de voir comment on distingue l'une de l'autre ces deux hydropisies. On distinguera de même l'hydropéricarde chronique de l'hydrothorax gauche autre que par pleurésie aiguë.

Si l'hypertrophie avancée du cœur, concentrique ou excentrique, donne lieu, comme l'hydropéricarde, à la voussure de la région précordiale, à une matité plus étendue dans cette région, il est des signes qui distinguent invariablement ces deux genres d'affection. Dans l'hypertrophie concentrique, l'impulsion du cœur est d'autant plus forte et plus lente, et cela non-seulement à la région précordiale, mais en avant à droite, à gauche, et en arrière, qu'elle est plus avancée. Dans l'hydropéricarde, l'impulsion est affaiblie ou nulle. Par conséquent, pas possibilité de les confondre l'un avec l'autre.

L'hypertrophie excentrique du cœur se distingue à merveille de l'hydropéricarde par les battements tumultueux et irréguliers du cœur quand elle est fort avancée, à un état moyen de développement, par une impulsion plus forte qu'à l'état normal et perçue également à droite, et en avant jusque sous la clavicule gauche, enfin par les bruits du cœur devenus plus éclatants qu'à l'état physiologique et entendus dans un plus grand espace qu'à l'état normal, quelquefois même dans tous les points de la poitrine.

Le ramollissement du cœur ne peut offrir de difficultés dans le diagnostic que quand l'organe est en même temps augmenté de volume. Alors, effectivement, il y a, comme dans l'hydropéricarde, plus grande étendue de la matité, impulsion faible, bruits sourds; mais il n'y a pas cette résistance élastique sous le doigt qui percute, comme dans l'épanchement péricardique; le commémoratif apporte encore certaines lumières. Du reste, cet état

du cœur ne pourrait être confondu qu'avec l'hydropéricarde moyen. Dans un épanchement de cette dimension, il y a battement fort des artères temporales et carotides, à cause de la lutte continuelle du cœur contre le liquide. Ce signe devient donc suffisant avec ceux que nous avons donnés pour ne pas confondre le ramollissement du cœur avec l'hydropéricarde.

La rupture du cœur simule parfaitement l'hydropéricarde, quant aux signes locaux fournis par la percussion et l'auscultation, puisque le sac péricardique est également rempli de liquide dans l'un et l'autre cas. Mais l'extrême gravité des accidents et l'instantanéité de l'invasion dans la rupture du cœur donnent suffisamment de lumières pour éviter la confusion.

Pronostic. Le pronostic doit être porté d'après l'âge et la constitution du sujet, et surtout d'après la cause de l'hydropéricarde. Dans l'âge adulte ou mûr et chez une constitution vigoureuse, les chances de guérison sont plus nombreuses, parce que dans ces conditions la plasticité du sang est plus prononcée et l'épanchement plus susceptible de contenir des matières plastiques propres à favoriser sa résorption ; la vieillesse et une constitution détériorée donnent au pronostic une bien plus grande gravité. L'épanchement qui succède à la phlegmasie aiguë ou subaiguë, ou à l'hypérémie active du péricarde, quoique toujours grave, inspirera moins de crainte que celui dont la cause réside dans la phlegmasie chronique et, à plus forte raison, dans les affections organiques du cœur, dans un obstacle à la circulation du sang, dans une altération profonde et irréparable de ce liquide, etc. Ces derniers se trouvent bien souvent au-dessus de toutes les ressources de l'art. En général, la plupart des hydropéricardes existant simultanément avec d'autres hydropisies, dont ils reconnaissent la même cause, offrent cette fatale perspective. Il ne faut guère en excepter que ceux qui résultent de la polyémie ou abondance de sang, et quelques-uns de ceux qui sont la conséquence de la suppression d'un exanthème. Généralement on a observé que les hydropéricardes dits métastatiques sont presque toujours mortels.

Enfin, toutes choses égales, la gravité de l'hydropéricarde augmente avec son accroissement.

Étiologie. Les péricardites aiguës et chroniques sont, sans con-

tredit, les causes les plus fréquentes de l'hydropéricarde. — Sur un relevé de 16 cas par nous observés, et dont 11 avec autopsie, voici les résultats que nous avons obtenus sous le rapport étiologique : 11 fois sur 16, il y avait eu inflammation aiguë ou chronique de la séreuse. Dans les 5 cas restants, tous vérifiés à l'autopsie, et où l'hydropéricarde avait concomité avec d'autres suffusions séreuses, il s'agissait 1 fois d'altération du sang, le malade succombait aux progrès d'un scorbut intense et compliqué; 3 fois il y avait néphrite albumineuse chronique, et 1 fois cirrhose du foie avec hypertrophie excentrique du cœur. — L'hydropéricarde par irritation sécrétoire, congestion active ou idiopathique des auteurs, est très-rare. D'aucuns même disent qu'il n'en existe pas un seul cas bien avéré dans la science. — On conçoit cependant la congestion active du péricarde, comme celle de toutes les autres membranes ou organes. Or, rien d'impossible à ce que cette congestion, quoique n'arrivant pas à l'état de phlogose, donne lieu à un épanchement. Toutefois, avant de déclarer que l'hydropéricarde tient à cette cause, il faut être sûr qu'il ne puise pas ailleurs sa raison d'être.

Les altérations du sang, primitives, ou consécutives à d'autres altérations d'organes ou de système, sont certainement, après la péricardite, les causes les plus fréquentes de cette hydropisie; mais alors la suffusion séreuse existe toujours en société avec d'autres, et n'arrive fort souvent qu'après elles. Les hydropéricardes dus à ces causes rentrent dans notre deuxième classe d'hydropisies, ou par altération du sang.

Puis viennent les affections organiques du cœur, les obstacles à la circulation dans les grands vaisseaux, comme causes de l'hydropéricarde, qui, dans ces cas encore, concomite avec d'autres suffusions séreuses, et surtout avec l'anasarque. L'épanchement produit par ces états morbides rentre dans notre première classe, ou hydropisies par altération des solides, à moins que l'obstacle au cours du sang dans les gros vaisseaux ne résulte lui-même d'un bouchon qu'a suscité l'altération de ce liquide, auquel cas il revient à notre deuxième classe.

Enfin nous trouvons l'étiologie de l'hydropéricarde de notre troisième classe, ou par altération des solides et du sang : 1° Dans la néphrite albumineuse aiguë ou chronique. Ainsi que nous

l'avons dit dans nos généralités, la maladie de Bright donne lieu aux suffusions séreuses par un double mécanisme : obstacle à la sécrétion urinaire d'une part, ce qui laisse subsister dans le sang une surcharge de sérum ; d'autre part, fuite de l'albumine du sang au dehors, ce qui le prive d'autant de ce principe, et entraîne l'anémie albuminurique. 2° Dans les exanthèmes aigus ou chroniques de la peau, qui entraînent l'hydropéricarde à leur suite autant par la suppression de l'exhalation cutanée habituelle, ce qui relance dans la circulation une quantité considérable d'eau qui devait s'échapper par la vaste surface de la peau, que parce que les reins peuvent être et sont souvent altérés dans le cours de l'exanthème, et qu'enfin la phlegmasie spécifique cutanée peut se répercuter sur le péricarde comme sur les autres séreuses, moins son caractère de spécificité. 3° Dans la suppression d'un flux normal ou anormal, d'un exutoire existant depuis longtemps. Ici l'hydropéricarde a encore lieu par la double altération des solides et du sang ; la dernière de ces altérations n'a pas besoin de démonstration, et la première existe presque toujours par la modification initiale des organes qui étaient le siége du flux ou de l'exutoire. On parle aussi d'hydropéricarde survenant quelques jours avant la mort, qu'on appelle métastatique, et coïncidant avec la disparition d'une autre hydropisie.

Il est évident que dans ces cas il doit y avoir eu ou irritation préalable de la séreuse qui aurait appelé à elle la supersécrétion, ou irruption, sur cette membrane, d'un sang altéré par l'addition de la somme de sérosité épanchée ailleurs et reprise instantanément par l'absorption.

Les hydropéricardes par altérations de la séreuse, depuis l'irritation sécrétoire jusqu'à ses diverses dégénérescences, et ceux par affection organique du cœur, et obstacle au cours du sang dans les gros vaisseaux, rentrent dans notre première classe : hydropisies par altération des solides.

On voit que la manière dont nous avons partagé les hydropéricardes, en ceux qui existent primitivement seuls, et ceux qui existent conjointement avec d'autres suffusions séreuses, permet encore de les faire cadrer avec nos divisions générales. Les premiers se retrouvent dans les altérations de la séreuse péricardique, et constituent la plus grande partie de la première

classe; les seconds rentrent, pour la plupart, dans la deuxième et troisième. On comprend maintenant que tout ce qui est susceptible de donner naissance aux altérations que nous venons d'énumérer comme cause de l'hydropéricarde agit à son égard comme cause éloignée, et nous pouvons signaler à cet égard, d'une manière spéciale, le rhumatisme et la goutte.

Bien que des médecins des plus haut placés dans la science prétendent encore que le rhumatisme est non-seulement une maladie dont l'évolution doit s'opérer, mais qu'il guérit presque toujours sans secours et sans entraîner de suites graves, nous voulons citer une observation toute récente, où un rhumatisme généralisé a laissé après lui un hydropéricarde d'une gravité remarquable.

XXe OBSERVATION.—HYDROPÉRICARDE CONSÉCUTIF A UNE PÉRICARDITE RHUMATISMALE.

Bourgeois, chasseur au 21e léger, 24 ans, 3 ans de service, d'une constitution moyenne, lymphatique sanguin, né dans le département de l'Isère, avait été affecté de rhumatisme aigu dès l'âge de 16 ans. Cette affection avait duré 45 jours, malgré les divers traitements mis en usage, et n'avait laissé aucune trace de son passage. A 19 ans, Bourgeois eut une deuxième atteinte, moins forte que la première; cette fois les deux genoux seuls furent affectés, et le mal cessa complétement vers le quinzième jour.

Depuis son admission sous les drapeaux, ce militaire avait eu de loin en loin quelques douleurs fugaces dans les membres, mais il avait toujours pu vaquer à son service. Le 19 mars 1851, il montait la garde au poste de la préfecture, à Ajaccio. Une pluie battante le trempa pendant deux heures. En descendant la garde, il fut pris d'un frisson de longue durée, puis de chaleur intense avec céphalalgie, soif, etc. Le 20, dans la journée, il se sentait tout courbaturé, et demandait la visite du médecin. Un billet d'hôpital lui fut délivré pour le lendemain; mais les douleurs dans tous les membres s'étant exaspérées au point de lui arracher des cris, il nous fut apporté le soir même sur un brancard.

A notre premier examen, nous le trouvons dans une fièvre

intense caractérisée par une chaleur sèche et brûlante de la peau, de la dureté dans le pouls avec fréquence (92). Tous les membres sont endoloris, mais les articulations des pieds et des genoux sont principalement affectées. Elles présentent une tuméfaction prononcée. Nous ne pouvons toucher le malade nulle part sans qu'il n'éprouve une certaine panique causée par les souffrances dont il craint l'exagération.

L'examen du cœur nous donne, à la percussion, une submatité de 3 centimètres $^1/_2$ de haut en bas, et de 4 centimètres transversalement. L'oreille, appliquée immédiatement à la région précordiale, perçoit une impulsion assez forte concordant avec la dureté du pouls. Les bruits sont normaux; cependant, le second temps donne une sorte d'éclat métallique. Le rhythme est régulier. Le malade n'accuse encore aucune douleur à la région précordiale; et la respiration, accélérée sous l'aiguillon de la souffrance, n'est nullement entravée. Il n'y a aucun signe de péricardite.

Comme le début est récent, et le sujet jeune et assez vigoureux, nous préludons au traitement par la saignée générale à 350 grammes et une infusion de feuilles d'oranger.

Le 21, l'état est le même : les douleurs, plus vives aux pieds et aux genoux, le sont devenues également sur toutes les articulations. Le malade a même de la peine à mouvoir la tête en rotation. Le rhumatisme est généralisé partout. Deuxième saignée de 300 grammes, infusion de feuilles d'oranger.

A la visite du soir, rien n'est changé. Le pouls a perdu sa dureté, mais il conserve de la force et de la fréquence; la céphalalgie semble même accrue. Le caillot des deux saignées est dense, parfaitement isolé du sérum, et surmonté d'une couenne jaunâtre, plus épaisse pour celui de la deuxième.

Nous renonçons à poursuivre les émissions sanguines, pour lesquelles le sujet ne nous paraît avoir qu'une médiocre tolérance. Tartre stibié, 50 centig., en potion, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Til. édul.

Le 22, au matin, le malade a eu trois vomissements et quatre selles. Souplesse du pouls, 81 pulsations à la minute, chute de la céphalalgie; les douleurs sont les mêmes dans tous les membres; absence complète de sommeil. La potion, interrompue pendant

six heures, à cause des évacuations par haut et par bas, est reprise.

Le 23, il n'y a eu que deux selles sans vomissement. Amélioration prononcée, chaleur presque normale de la peau avec légère moiteur, liberté des membres supérieurs et du cou. Les membres inférieurs restent encore très-douloureux, et tuméfiés aux articulations. Potion avec 60 centig. de tartre stibié.

Le 23, tolérance complète pour l'émétique. Pouls à 63, large et dépressible; diaphorèse prononcée; urines rouges, à dépôt sédimenteux, briqueté. Persistance des douleurs dans les membres inférieurs, dont les articulations restent dans le même état. Potion avec tartre stibié, 60 centig., infus. de tilleul.

Le 24, le malade a reposé quatre heures pendant la nuit. C'est la première fois, depuis l'entrée, qu'il goûte un peu de sommeil. Il n'a eu ni selle ni vomissement. Les articulations des deux pieds se trouvent libres. Toutes les douleurs restent concentrées dans les deux genoux. Pot. avec 50 centigrammes de tartre stibié ,bouillon, infus. de feuilles d'oranger.

Le 25, tolérance; même état que la veille. Sommeil pendant quelques heures, pouls à 60.

Les 26, 27 et 28, même traitement. La tolérance pour l'émétique est telle, qu'on est obligé de donner un lavement au malade, qui n'a pas été à la selle depuis quatre jours. Les battements du cœur n'offrent rien d'anormal; et le peu d'éclat métallique au deuxième temps, que nous avions cru percevoir à notre premier examen, s'est éclipsé dès la deuxième potion émétisée. Le genou droit est désenflé, mobile, sans douleur; il n'y a plus que le genou gauche qui reste affecté. Le malade demande avec instance à manger.

Le 29, quart de portion. Pot. émétisée à 40 centig., flanelle autour de la seule articulation malade.

Dans la nuit du 29 au 30, sans refroidissement aucun, comme sans autre cause appréciable, il survient une douleur pongitive à la région précordiale, avec gêne de la respiration. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal, si ce n'est des battements tumultueux et parfois irréguliers.

Le 30, application de dix sangsues au siége de la douleur. Boisson nitrée, diète.

Le 31, la douleur précordiale est calmée; mais les battements

du cœur sont affaiblis, et ses bruits semblent profonds et lointains. La percussion donne une matité verticale de 6 centimètres, et de 4 centimètres $^1/_2$ transversalement. En faisant incliner le malade sur le côté gauche, la matité transversale se déplace et gagne en dehors du sein, au-dessous du creux axillaire. En le faisant coucher sur le côté droit, la matité se porte sur la ligne médiane du sternum, et se retire de gauche à droite. Il y a épanchement péricardique assez considérable. La dyspnée s'est accrue, et il y a de l'anxiété, de l'irrégularité dans le pouls. Application d'un large vésicatoire à la région précordiale; nitrate de potasse, 10 grammes en potion.

Les 1, 2, 3 et 4 mars, on fait suppurer le vésicatoire, et le nitrate de potasse est porté successivement à 15, 20 et 25 grammes dans les 24 heures.

Le 5, pas d'amélioration. La matité de la région précordiale a gagné verticalement de 1 centimètre $^1/_2$, et de 1 centimètre transversalement. La dyspnée persiste au point de ne pouvoir permettre le décubitus dorsal. Les battements du cœur sont à peine perceptibles, le bruit du premier temps est complétement effacé; celui du second est entendu, mais comme dans le lointain. Il y a un commencement d'œdème à la face, et infiltration des extrémités inférieures. Bouillon; poudre de digitale, 10 centigrammes.

Le 7, application de quatre cautères à la région précordiale, purgation avec 45 grammes de sulfate de soude, poudre de digitale *ut supra*.

Pendant quinze jours, les purgatifs sont renouvelés trois fois par semaine, et la digitale est continuée.

Le 22, les phénomènes généraux annoncent une amélioration, la respiration s'exécute plus librement, le pouls a repris sa régularité, mais il reste faible et fréquent (80), la face devient expansive. L'examen direct confirme ce qu'annoncent les phénomènes généraux. La matité précordiale a diminué de 2 centimètres $^1/_2$ de haut en bas, et de 2 centimètres dans le diamètre oblique transverse. L'impulsion du cœur est sensible à l'oreille appliquée sur les parois thoraciques; les bruits sont revenus à l'état normal, peut-être avec un peu plus d'éclat au deuxième temps.

Nous faisons coucher le malade sur le côté gauche. La main,

appliquée immédiatement au-dessous du creux axillaire, perçoit les mouvements du cœur à travers le quatrième et le cinquième espace intercostal, comme si cet organe était sous les doigts. Ce signe nous confirme dans l'idée que toute la portion liquide de l'épanchement est résorbée, et que le sac est garni de fausses membranes qui ne font qu'un avec le cœur. Le malade séjourne encore un mois à l'hôpital, jusqu'à la guérison des cautères.

Le 25 mai, il part en convalescence, conservant de la dyspnée quand il marche un peu vite ou monte un escalier. L'impulsion du cœur est prononcée comme dans une hypertrophie de moyenne dimension; le premier bruit est aussi éclatant que le second, et les carotides battent avec force. Nul doute qu'avec les entraves qui le gênent, par suite des adhérences, le cœur ne se soit hypertrophié excentriquement.

Comment parvenir à reconnaître l'origine morbide de l'hydropéricarde? Ce n'est point chose facile. Quand il ne s'agira plus de péricardite aiguë ou chronique, qui sont les causes les plus faciles à apprécier, on ne pourra arriver aux autres que par voie d'élimination, en se servant de tous les moyens de diagnostic que la science possède, et même de l'analyse du sang. En usant de tous ces moyens, et s'appuyant sur le commémoratif, le médecin habile et expérimenté arrivera toujours à peu près à découvrir la cause, s'il a soin, surtout, de tenir compte de notre division en hydropéricarde primitivement seul, et en hydropéricarde existant avec d'autres suffusions séreuses. Car dans le premier cas la cause est localisée à la séreuse, et il est facile de la découvrir; dans le second, elle est générale, ou réside dans tout un système ou un organe à retentissement général, et il pourra encore arriver jusqu'à elle.

Traitement. Dans l'hydropéricarde comme dans toutes les hydropisies, il faut chercher à enrayer ou guérir la cause morbide de l'épanchement, s'attaquer ensuite à la collection liquide elle-même, dont on cherche à provoquer la résorption par des médications appropriées, ou qu'on évacue au dehors au moyen d'une opération chirurgicale.

Des causes morbides de l'hydropéricarde, les unes peuvent être combattues fructueusement; telles sont la péricardite aiguë

et chronique, l'irritation de cette séreuse, les altérations du sang, polyémie ou anémie albuminurique, la néphrite albumineuse aiguë, la suppression d'un flux normal ou anormal, la disparition d'un exanthème; les autres n'offrent, pour la plupart, aucune prise au traitement et désespèrent le médecin. De ce nombre sont les affections organiques du cœur, les obstacles à la circulation, la néphrite albumineuse chronique avancée, etc. Quelle fastidieuse répétition pour le lecteur, que l'énumération des divers moyens de traitement contre tous ces états morbides! Chacun connaît celui qui convient à l'irritation, à l'inflammation aiguë ou chronique du péricarde. Dans des articles précédents, nous avons donné, d'une manière aussi précise que possible, celui de la néphrite albumineuse aiguë et chronique; nous avons fait connaître également le traitement des altérations du sang, et des différentes autres causes à action générale: par conséquent, nous n'avons rien à ajouter ici à cette partie du traitement de l'hydropéricarde.

On cherche à obtenir la résorption de la collection séreuse en surexcitant les fonctions d'absorption et les diverses voies d'excrétion de l'économie. Pour exciter l'absorption, il faut ici tenir compte de l'âge, de la constitution du sujet, comme de la cause qui a présidé à l'épanchement, et de son degré d'activité. Les sujets robustes et jeunes ont ordinairement une réaction active, qu'il faut savoir réprimer un peu par quelques déplétions sanguines pour favoriser la déplétion des capillaires et leur faculté de résorption. Les sujets faibles, vieux ou cachectiques, se trouvent dans des conditions tout opposées: toutes les fonctions sont dans un état de langueur. C'est vainement qu'on leur administrerait tel ou tel remède à l'adresse de tel organe ou tel système, si l'on n'a soin auparavant de relever les ressorts à demi usés de l'économie. Chez eux, l'usage des toniques, des excitants, d'une nourriture convenable, du vin et une hygiène bien entendue, arriveront parfois à les remettre dans des conditions favorables pour l'exécution d'une absorption plus active.

Nous n'insisterons pas, à propos de l'hydropéricarde, sur les trois genres de médications mises habituellement en usage pour obtenir l'élimination du liquide des hydropisies en général, c'est-à-dire des médications diurétiques, sudorifiques et purgatives.

Nous avons donné d'assez amples détails sur les différents médicaments les plus usités pour ces trois séries; le lecteur n'aura qu'à se reporter à ces détails. Ils peuvent tous être mis fructueusement à contribution contre l'hydropéricarde; c'est l'à-propos qui en fait le point le plus important comme le plus difficile. Mais nous nous arrêterons sur deux points qui ont à nos yeux une importance digne de fixer l'attention. L'hydropéricarde par péricardite chronique, l'un des plus rebelles et des plus tenaces, exige l'usage répété et prolongé des vésicatoires, des cautères et même du séton à la région précordiale. Ce n'est pas trop de plusieurs mois de l'usage de cette révulsion cutanée, plus ou moins énergique, pour combattre cette phlegmasie sourde de la séreuse qui se maintient avec l'épanchement, souvent persiste à cause de lui, et lui donne toujours une nouvelle impulsion, comme une vis à tergo. Nous rappellerons ensuite que l'émétique à haute dose nous a rendu trop de services dans l'hydropisie qui nous occupe pour que nous n'insistions pas sur son emploi, en recommandant bien toutefois d'en arrêter l'usage si la tolérance ne s'établit pas après deux ou trois essais, ou s'il produit des troubles trop considérables du tube digestif.

Cette médication n'est pas seulement efficace dans l'hydropéricarde qui résulte de la phlegmasie aiguë de la séreuse, mais elle donne encore quelquefois des résultats surprenants dans celui qui est consécutif à la péricardite chronique.

XXIe OBSERVATION.—HYDROPÉRICARDE CONSÉCUTIF A LA PÉRICARDITE CHRONIQUE. — TRAITEMENT PAR LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE ET LES VÉSICATOIRES. — GUÉRISON.

M. Lefèvre, brigadier des douanes à Fellen (Belgique), près Givet, 44 ans, d'une constitution très-forte, de haute stature, à tempérament bilieux-sanguin, avait été atteint, par suite de refroidissement dans son service de nuit, d'un point de côté siégeant au-dessous du sein gauche, le 21 mars 1847. Son médecin diagnostiqua une pleurite gauche, qu'il combattit par des saignées générales et locales, la diète et des boissons sudorifiques. Dès le quatrième jour du traitement, la douleur était dissipée, et malade et médecin crurent l'affection guérie. M. Le-

fèvre reprit son service le quinzième jour. Les forces étaient revenues, l'appétit ne faisait pas défaut; toutes les fonctions semblaient s'exécuter convenablement, en sorte qu'il n'en fallut pas davantage pour mettre le malade dans une pleine sécurité. Cependant de temps en temps il y avait encore quelques élancements douloureux sur le siége primitif de la maladie. M. Lefèvre ne porta aucune attention à ce signe morbide, et sa vigoureuse constitution lui fit braver ces douleurs fugaces.

Ce n'est qu'au bout d'un mois et demi qu'il dut cesser de nouveau son service. C'est qu'alors il ne pouvait plus marcher sans être promptement essoufflé; l'ascension des côtes rapides lui était devenue impossible, et il éprouvait des palpitations suffocantes à la moindre colère comme au moindre mouvement brusque. Surpris d'un tel état de choses avec l'embonpoint qu'il avait promptement repris et une apparence de santé florissante, il vint nous consulter. C'était au commencement de juin. Dans ce moment, il n'éprouvait plus de douleur proprement dite à la région du cœur, mais un poids, une gêne continuelle. Il nous exprima même en termes fort nets qu'il lui semblait que son cœur se noyait dans un liquide. Le décubitus ne pouvait avoir lieu sur le côté gauche; il ne pouvait dormir que sur le dos et la tête élevée, sous peine d'être menacé de suffocation. Nous soupçonnions déjà un hydropéricarde, l'examen direct le confirma bientôt. Dans la position assise, la percussion donnait une matité verticale de 9 centimètres à la région du cœur, et de 7 centimètres dans le diamètre oblique transverse. L'auscultation immédiate ne percevait que d'une manière confuse le tic tac du cœur, qui semblait s'exécuter dans des régions lointaines, pour n'arriver à l'oreille qu'à travers des couches interceptantes. En faisant coucher le malade sur le côté gauche, la matité transversale se déplaçait considérablement pour gagner à gauche, et en dehors du sein, jusqu'au-dessous du creux axillaire correspondant. Le pouls, d'une certaine dureté, sans fréquence, offrait une intermittence irrégulière. La face était fortement plaquée de rouge; et la respiration, fréquente dans le repos (28 inspirations à la minute), devenait accélérée quand le malade marchait. Il nous raconta que souvent, après avoir marché quelque temps, il était pris de quintes de toux sèche, et que parfois il lui était arrivé d'expec-

torer quelques stries de sang dans du mucus, à la suite de ces quintes. Un sévère examen des organes pulmonaires ne nous laissa rien percevoir d'anormal; tous les autres organes étaient intacts. La région précordiale était le siége d'une voussure légère, mais cependant appréciable à la vue.

Il ne manquait aucun signe pour diagnostiquer un hydropéricarde assez vaste, et ayant succédé à la péricardite, qui déjà avait passé à l'état chronique. Suivant toute apparence, il n'y avait pas eu de pleurite concomitante au début; ou du moins, si elle avait existé, elle n'avait donné lieu à aucun épanchement, car toute la partie postérieure et latérale gauche du thorax donnait une résonnance normale dans la position assise, et laissait percevoir l'expansion vésiculaire à l'état de pureté.

Quatre vésicatoires appliqués successivement à la région précordiale, six potions émétisées à 40, 50, 60 et 70 centigrammes, dans l'espace de huit jours, avec indication de suspendre pendant six heures s'il survenait trois vomissements ou trois selles, pour recommencer ensuite, et arrêter tout à fait si les mêmes phénomènes se reproduisaient à trois reprises, telle fut, avec une infusion de feuilles d'oranger, la médication par nous prescrite.

Ce n'est que le dixième jour que nous pûmes revoir notre malade, demeurant à trois lieues de notre résidence. A notre arrivée, il nous annonça sa guérison; ce n'était pour nous qu'un indice d'amélioration. L'émétique avait été toléré au deuxième essai. Le décubitus pouvait se faire maintenant dans toutes les positions; le sommeil était fort paisible depuis cinq jours, et M. Lefèvre disait n'avoir plus de gêne dans la respiration. L'examen direct nous démontra que partie de l'épanchement s'était résorbée. Dans la position assise, la matité verticale, qui était autrefois de 9 centimètres, était réduite à 4. En faisant pencher fortement le malade en avant, elle montait à 5 et même 5 1/2. Dans le décubitus dorsal, nous ne trouvions qu'une matité de 3 à 3 1/2 centimètres depuis le niveau du sein au-dessous et en dedans. Vers la base du cœur, la résonnance était normale. Par l'inclinaison sur le côté gauche, la matité se déplaçait complétement pour ne se montrer que sur quelques points restreints, sur une ligne qui sépare la partie antérieure de la partie latérale du thorax, au-dessous de l'aisselle. La voussure précordiale était

complétement effacée, et la sensation du cœur qui se noie disparue.

En présence de cette prompte résorption d'une grande partie de l'épanchement, il ne nous resta aucun doute sur la possibilité de sa guérison complète. Séance tenante, nous appliquâmes quatre cautères à la région du cœur, avec ordre de les faire suppurer pendant deux mois. Des purgatifs salins furent ordonnés tous les huit jours. Le 15 septembre, M. Lefèvre était complétement guéri, et pouvait reprendre son état fort pénible de douanier, que nous ne lui avons plus vu suspendre pendant un an qu'il nous a été permis encore de l'observer.

Nous abordons maintenant le point le plus délicat pour ce qui a trait au traitement de l'hydropéricarde. Est-on autorisé à pratiquer la paracentèse du péricarde? et quelles sont les conditions dans lesquelles l'opération doit être pratiquée?

La solution du premier de ces deux points repose en entier sur la connaissance des dangers auxquels donne lieu cette opération, et cette connaissance résulte des conditions anatomiques dans lesquelles se trouve la poche que l'on doit ouvrir, et des faits que la science a eus à enregistrer.

Le péricarde enveloppe le cœur de toutes parts; en pénétrant dans son sein avec l'instrument, on est donc exposé à léser l'organe central de la circulation : c'est là le danger le plus grand. Cependant, quand l'accumulation du liquide est considérable, et ce n'est que dans ce cas qu'on serait autorisé à opérer, et une fois le diagnostic bien établi, ce danger disparaît si on opère, le malade étant couché sur le dos. Alors, le cœur retombant par son poids vers le point le plus déclive, il se trouve au-devant de lui d'épaisses couches de liquide qui le mettent à couvert de l'instrument.

Un accident facile à se produire après l'opération est la pénétration de l'air dans la poche qu'on aurait vidée de son liquide. L'influence de cet agent doit être funeste sous deux rapports : d'abord en gênant le cœur dans ses mouvements plus que ne le faisait le liquide, et cela par la pression de la colonne atmosphérique, puis par l'inflammation qu'il pourrait susciter dans la séreuse, et l'infection qu'il pourrait communiquer au pus produit de l'inflammation. Nous sommes même convaincu que cet acci-

dent a été cause d'insuccès dans les cas rares où l'opération a été mise en pratique. Mais en se servant de la méthode et des instruments de M. Jules Guérin, il serait évité à coup sûr. On voit donc, par ce simple exposé, que la paracentèse du péricarde peut être pratiquée. Sans nous arrêter aux autres objections beaucoup moins sérieuses qu'on pourrait lui adresser, voyons maintenant si les faits enregistrés dans la science sont suffisants pour autoriser ou prohiber son emploi.

Sénac, au dire de Sprengel (1), aurait pratiqué l'opération sur un hydrothorax au lieu d'un hydropéricarde. Desault n'aurait fait que pénétrer dans un kyste séreux du médiastin antérieur, croyant ponctionner le péricarde. Les deux cas rapportés par Van-Swieten et Welse, les trois observations de Romero, laissent du doute dans l'esprit. Dans le cas dû à Larrey, il paraîtrait que ce fut également un kyste du médiastin qui fut évacué, et non un épanchement péricardique. L'opération pratiquée par Jowet est également entourée de quelque incertitude de diagnostic. Il n'y a donc qu'un seul cas qui reste bien clair et bien avéré, c'est celui que M. Warren a communiqué à M. Velpeau (2). On voit que la science n'est pas riche de faits pratiques, et que ceux qu'elle a recueillis ne permettent pas de porter un jugement fondé.

Si l'on consulte les auteurs qui ont traité la matière, on les trouve partagés. Corvisart et bien d'autres avec lui rejettent l'opération. M. Bouillaud ne se prononce pas, et dit que l'expérience doit décider ; tandis que Laënnec admet l'opération dans certaines circonstances et d'après un procédé convenable (trépanation du sternum). M. Pigeaux se prononce fortement en sa faveur. Nous nous rangeons pleinement à son avis, pourvu toutefois que l'opération soit pratiquée dans les cas convenables, en temps opportun, et d'après le procédé qui offre le moins de danger.

Nous disons dans les cas convenables, parce que cela résume, ou au moins en très-grande partie, les conditions dans lesquelles l'opération doit être faite. Pour que l'instrument puisse pénétrer sans léser le cœur, il faut qu'il y ait beaucoup de liquide

(1) *Histoire de la Médecine*. Paris, 1820, t. IV. p. 49.

(2) Bourgery, *Paracentèse du péricarde*, p. 94. (*Traité complet de l'Anatomie de l'homme*, liv. LIX.)

épanché, première condition pour l'opération. Le sujet à opérer devra offrir encore des garanties suffisantes sous le rapport de la constitution, c'est-à-dire qu'il ne devra pas être trop épuisé, ni opéré quand il se trouve *in extremis*, deuxième condition. Sous le rapport du bénéfice à retirer de l'opération, nous dirons que dans certains cas elle peut être un auxiliaire puissant de la guérison, ou même le seul moyen curatif; tandis que, dans d'autres, elle ne constitue qu'une palliation.

Tous les hydropéricardes qui découlent d'une cause à effet général et indestructible, telle que les affections organiques du cœur, les obstacles à la circulation, la néphrite albumineuse chronique, etc., se trouvent dans cette dernière catégorie; tandis que ceux qui résultent de la péricardite aiguë ou chronique, d'une irritation sécrétoire de la séreuse, celui qui survient à la suite d'un exanthème aigu ou chronique, de la suppression d'un flux normal ou anormal, de la cessation d'une sécrétion normale ou anormale, offrent des chances de succès.

On n'en vient à l'opération que quand toutes les médications ont échoué, et que le malade se trouve soumis à un danger certain. Cependant, pour admettre ces circonstances, il ne faut, pas plus que dans l'hydrothorax, attendre le moment extrême, puisqu'on se priverait de la seule chance qui reste; et nous répéterons ici ce que nous avons dit au sujet de la thoracentèse : mieux vaut opérer trop tôt que trop tard.

Quant au procédé opératoire à mettre en pratique, nous conseillons de recourir à la méthode sous-cutanée de M. Guérin, exécutée avec ses instruments, canule recourbée et pompe aspirante. Le malade doit être couché en supination. C'est dans le sixième espace intercostal, au-dessous et un peu en dedans du sein, avant la jonction des côtes avec le sternum, que l'instrument doit pénétrer dans le péricarde, avec une direction oblique de bas en haut, de dehors en dedans, et à travers un pli de la peau qui rejette l'ouverture cutanée à un pouce plus bas et en dehors de l'ouverture interne. Au moyen de la pompe aspirante, on peut retirer le liquide au degré qu'on veut sans chagriner le cœur, parce que l'extrémité libre de la canule plonge, à cause de sa cambrure, entre cet organe et le péricarde.

Art. 5. — De l'hydrocéphale.

Ce mot, qui tire son origine des mots grecs ὕδωρ, eau, et κεφαλή, tête, signifierait, en thèse générale, épanchement d'eau dans la tête. C'est qu'en effet les pathologistes comprennent par hydrocéphale tous les épanchements séreux qui se forment dans la tête, nonobstant leur siége, leur cause et leur phénoménalité.

Le bon sens veut qu'on élague de l'hydrocéphale celle qu'on appelait externe, et qui est constituée par une infiltration séreuse ou sanguinolente sous le cuir chevelu et le péricrâne.

Une seule division de cette hydropisie est encore possible aujourd'hui, division large et essentiellement pratique; c'est celle qui partage l'hydrocéphale en aiguë et chronique.

§ I. — Hydrocéphale aiguë.

L'hydrocéphale aiguë a été longtemps dénommée aussi fièvre cérébrale, nom vague, qui confondait ensemble un travail morbide du cerveau ou de ses enveloppes avec ses phénomènes symptomatiques, et le produit de ce travail. C'est ainsi qu'on comprenait par fièvre cérébrale et la méningite avec tout son cortége, et l'épanchement séreux ou séro-purulent qui est le résultat de cet état morbide distinct.

Par hydrocéphale aiguë, nous devons comprendre tout épanchement séreux, séro-sanguinolent ou séro-purulent, s'opérant dans un ou plusieurs points de la cavité crânienne, et consécutif soit à une lésion du cerveau ou de ses membranes, soit à une hypérémie active ou irritation sécrétoire de la séreuse du cerveau. L'épithète d'aiguë résulte de la marche rapide de l'hydropisie, de l'acuité de l'affection qui lui a donné naissance, et enfin de la pétulance des phénomènes de réaction. Toute autre hydrocéphale par suite de cause générale, telle que altération du sang, maladie de Bright, etc., rentre dans la catégorie des chroniques. C'est ainsi qu'il vient de nous mourir entre les mains un sujet chez qui nous avions diagnostiqué une hydrocéphale chronique, par suite de maladie de Bright, et qui, à l'ouverture cadavérique, présenta, avec un notable ramollissement de la substance blanche, un épanchement de 2 à 2 onces 1/2 de liquide

dans chaque ventricule latéral, et une notable quantité du même liquide dans la grande cavité arachnoïdienne.

L'hydrocéphale aiguë est toujours acquise : l'hydrocéphale chronique peut être acquise ou congénitale, ainsi que nous le verrons bientôt.

Wepfer, Morgagni, et même des auteurs beaucoup plus anciens, ont connu l'hydrocéphale aiguë. Mais les anciens considéraient les épanchements séreux de la cavité cérébrale comme une apoplexie séreuse. C'est aux époques contemporaines qu'on doit la découverte de la liaison qui existe entre l'hydrocéphale aiguë et certaines affections de l'encéphale ou de ses membranes, comme cause à effet. Parent et Martinet regardent les inflammations des méninges comme la source la plus ordinaire et la plus constante de ces épanchements séreux. M. Rostan les fait découler des maladies de ces membranes et du cerveau. MM. Lallemand et Abercrombie admettent, en outre, comme une de leurs sources fréquentes, le ramollissement inflammatoire.

Dans des travaux plus récents, dus à Charpentier, Rufz, Piet, Senn, Murdoch, Gerhard, Constant, Guersant, Becquerel, il est démontré positivement que l'hydrocéphale aiguë n'est bien souvent qu'un épiphénomène de l'altération de la séreuse, altération suscitée par la présence de fausses membranes, de tubercules existant dans les enveloppes du cerveau.

Anatomie pathologique. Voyons quelles sont, anatomiquement parlant, les portions de la cavité crânienne que le liquide peut occuper, les quantités qu'il doit présenter pour mériter le nom d'hydrocéphale, et les qualités différentes qu'il peut offrir. De même que nous n'admettrions pas comme hydropisie l'infiltration séreuse des parenchymes organiques, glanduleux ou autres, de même nous écartons de l'hydrocéphale l'infiltration séreuse de la substance cérébrale, à moins qu'il n'existe en même temps un épanchement séreux dans l'une des cavités du cerveau tapissée par la séreuse. En cela, nous différons d'opinion avec quelques auteurs des plus modernes. Mais, si l'épanchement s'effectue en collection, soit dans les ventricules du cerveau, soit dans la grande cavité formée par la duplicature de l'arachnoïde, soit dans les mailles de la pie-mère, ce qui représente l'infiltration cellulaire, soit enfin entre la dure-mère et l'arachnoïde pa-

riétale, parce qu'il y a là deux membranes adossées, l'une séreuse, l'autre fibreuse, et que l'une et l'autre peuvent être le siége d'une exsudation séreuse qui les sépare, alors il y a hydrocéphale. Il est des kystes qui peuvent être consécutifs à des foyers apoplectiques, et qui ne méritent pas non plus le nom d'hydropisie ou d'hydrocéphale aiguë. Nous en dirons autant des kystes hydatiques. Ces deux derniers constituent une classe à part, que nous retrouverons quand nous traiterons des kystes. Mais les kystes séreux qui ont leur siége dans le plexus choroïde ou la pie-mère externe, quoique très-rares, doivent se rattacher à l'hydrocéphale aiguë, parce qu'ils sont toujours le résultat d'un travail morbide de la séreuse, et par conséquent une exsudation séreuse que des circonstances difficiles à expliquer cloisonnent sur l'un des points de cette membrane.

Les épanchements dans un ou plusieurs ventricules, et ceux de la grande cavité arachnoïdienne, sont ceux qui se présentent le plus souvent. Les autres sont relativement très-rares. Et quant à la quantité de liquide qu'il faut pour mériter le nom d'hydrocéphale aiguë, il est impossible de la préciser. Cette quantité est éminemment variable. Si des signes pathologiques n'ont existé pendant la vie, il est certain qu'une à deux cuillerées de sérum trouvées dans l'une des cavités ne constitueront pas une hydropisie, tandis que le contraire aurait lieu si des signes propres en avaient révélé l'existence pendant la vie. Alors il serait impossible de regarder cet épanchement comme un effet *post mortem*.

Les qualités du liquide peuvent, dans cette hydropisie comme dans les autres, varier beaucoup. S'il est souvent citrin, clair, il se présente d'autres fois sous un aspect jaunâtre, transparent. Parfois il est trouble ou séro-sanguinolent; dans d'autres cas, il est purulent. Les qualités du liquide dépendent et de la nature de l'état morbide qui a présidé à l'hydropisie, de la constitution du sujet, et de la plus ou moins grande énergie plastique. *Le liquide peut contenir* de plus ou moins grandes proportions d'albumine, suivant qu'il est l'effet d'une simple hypérémie ou d'une phlogose de la séreuse. Dans ce dernier cas, il est rare qu'il ne contienne en même temps de la fibrine en suspension, des globules de pus.

Etiologie de l'hydrocéphale aiguë. Si cette hydropisie ne constitue point une maladie essentielle, si elle n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'un effet d'états morbides divers, il nous faut de toute nécessité mettre sous les yeux du lecteur quels sont ces états morbides qui lui donnent naissance.

Et d'abord, à la suite d'hémorrhagies cérébrales, on rencontre parfois des épanchements séreux qui, s'ils n'ont pas suscité la mort à eux seuls, y ont puissamment contribué avec l'hémorrhagie elle-même. C'est sans doute dans ces cas que les anciens voyaient une apoplexie séreuse. Ces épanchements ont lieu quand le foyer apoplectique est central, ou quand il se présente diffus à la surface du cerveau. On a dit qu'alors l'irritation transmise aux membranes détermine une plus grande exhalation de sérosité. Cette raison peut être vraie, surtout dans quelques cas; mais nous pensons que la véritable cause de ce surcroît d'exhalation gît, pour un bon nombre d'autres, dans la congestion même qui a déterminé le coup de sang. Si quelques vaisseaux ont été dilacérés par l'afflux du liquide sanguin, les capillaires, distendus ailleurs, laissent exsuder la portion la plus ténue du liquide, le sérum : de là l'épanchement séreux accompagnant l'hémorrhagie.

Si le ramollissement inflammatoire ou d'autre nature donne lieu quelquefois, comme c'est incontestable, à un épanchement dans les ventricules ou la grande cavité de l'arachnoïde, cela tient à ce que les capillaires participent à ce ramollissement, et alors facilité plus grande de la part de la sérosité du sang à les traverser, ou parce que, la substance cérébrale ramollie ne leur servant plus de point d'appui solide, ils s'infléchissent, s'incurvent et forment des obstacles multiples au cours du sang, ou par ces deux causes réunies. Mais en tout cas nous craignons qu'on n'ait souvent accordé au ramollissement, comme effet, ce qui n'est qu'une concomitance, l'effet d'une même cause commune.

La plus ordinaire des causes morbides de l'hydrocéphale aiguë est, sans contredit, la méningite avec ou sans tubercules développés sur les membranes encéphaliques. Toutes les tumeurs, les productions diverses soit dans la pulpe du cerveau, soit sur ses membranes ou les parois osseuses, telles que tubercules, cancers, tumeurs fibreuses, mélaniques, acéphalo-

cystes, carie, nécrose, exostose, etc., engendrent également cette hydropisie dans des proportions variables et à localisations diverses.

Ces productions n'agissent pas différemment, par rapport à la cavité crânienne, que dans les autres cavités splanchniques, où elles suscitent des suffusions séreuses quand elles existent à la surface des parois, sur la séreuse ou dans le tissu sous-séreux, ou même à la surface ou dans l'intérieur des organes contenus dans les cavités.

Il n'est pas nécessaire d'agiter la question de savoir si, outre l'hydrocéphale par ces causes multiples, il n'en existe pas une dite essentielle. Ainsi que nous l'avons déjà dit à l'occasion des autres hydropisies, si par essentielle on entend celle qui peut avoir lieu par un trouble des fonctions d'exhalation et d'absorption sans voir rien autre chose derrière ce trouble, il n'existe pas d'hydrocéphale essentielle. Lors même que l'autopsie ne révélerait aucune lésion de membranes ou autres, il est certain qu'il y a eu au moins une irritation dite sécrétoire, genre d'altération qui ne laisse souvent rien d'appréciable à l'autopsie ; et les cas que citent MM. Blache et Guersant, qui croient tout à fait exceptionnelles les hydrocéphales essentielles, se rapportent tous, évidemment, à une irritation sécrétoire provoquée par une cause directe ou éloignée. Et, au fait, puisque l'hydropisie par cette cause se rencontre dans les autres cavités séreuses, de toute évidence, celles du cerveau ne peuvent être soustraites à cette loi, quoiqu'elles la subissent peut-être plus rarement.

Symptomatologie de l'hydrocéphale aiguë. L'hydrocéphale aiguë est annoncée par les signes propres aux différents états morbides qui lui donnent naissance, c'est-à-dire que quand, par exemple, la phénoménalité conduit à émettre une méningite, un ramollissement du cerveau, une tumeur de la dure-mère, des parois du crâne, etc., on peut prévoir déjà l'hydrocéphale aiguë consécutive. Si maintenant, à une certaine période de ces affections, il survient la dilatation et l'immobilité de la pupille, l'insensibilité de la rétine, la fixité du regard, le coma, le ralentissement du pouls, la résolution partielle ou totale des membres avec flaccidité, mais sans perte de la sensibilité, ce qui indique une compression du cerveau par le liquide, alors l'hydropisie présente les

symptômes les plus saillants. Si ces mêmes symptômes surviennent assez brusquement sans avoir été précédés par les signes des états morbides divers dont nous avons parlé, il y aura probabilité pour une hydrocéphale due à l'irritation sécrétoire de la séreuse. Il est encore quelques symptômes qui servent à caractériser l'hydrocéphale aiguë, mais qui, en raison de leur peu de constance, n'ont qu'une valeur relative. Ce sont la céphalalgie, l'injection des conjonctives, l'oscillation des pupilles, le strabisme, les convulsions, le grincement des dents. En tout cas, il est fort difficile de pouvoir établir un diagnostic différentiel entre l'hydrocéphale aiguë symptomatique et l'hydrocéphale dite essentielle ou par irritation sécrétoire ; et les derniers signes que nous venons de rapporter s'appliquent tout aussi bien à l'épanchement séreux qu'à diverses maladies aiguës du cerveau.

§ II. — Hydrocéphale chronique.

Nous avons dit que l'hydrocéphale chronique peut être acquise ou congénitale. La première peut se manifester à divers âges, après la naissance, depuis le premier mois jusqu'à plusieurs années. Elle est constituée par un épanchement séreux dans les ventricules ou la grande cavité cérébrale, consécutif à une affection chronique du cerveau ou de ses membranes.

Cette définition de l'hydrocéphale chronique est beaucoup plus large et plus juste que celle qu'en donnait J. Frank, et plusieurs auteurs avec lui, qui ne décrivaient sous ce nom que les hydrocéphales qui se déclarent dans les premiers temps de la naissance, avec augmentation du volume de la tête, et à la suite d'une prédisposition congénitale plus ou moins évidente.

L'hydrocéphale chronique acquise la plus ordinaire succède à une affection chronique du cerveau ou de ses membranes, tubercules, tumeur fibreuse ou cancéreuse, acéphalocyste, kyste, etc. Elle est très-grave, et presque nécessairement et promptement mortelle, surtout dans les premiers âges de la vie. Elle doit être jugée comme acquise si l'enfant, en venant au monde, n'a rien présenté de particulier du côté du cerveau, si toutes ses fonctions se remplissaient bien, et si plus tard, à une époque plus ou moins rapprochée de la naissance, il a donné des

signes de cette terrible affection. Mais l'hydrocéphale chronique peut aussi succéder à l'hydrocéphale aiguë ; elle est plus rare, il est vrai, que la précédente. Mais aussi, quoique grave, elle offre plus de chances de guérison, et expose moins sûrement à la mort. Tout récemment nous avons pu en observer deux cas remarquables dans des villages de la Corse, pendant notre tournée de révision.

XXIIe OBSERVATION. — HYDROCÉPHALES CHRONIQUES CONSÉCUTIVES A UNE MÉNINGITE AIGUE.

Le premier cas a été observé par nous à Calcatoggio, à quatre lieues d'Ajaccio. Il s'agissait d'une petite fille de 5 ans, qui, venue au monde parfaitement bien portante et vivace, avait été prise, à l'âge de 15 mois, d'une méningite qui la réduisit aux extrémités. Cette enfant demeura dans un état végétatif pendant les 8 mois qui suivirent cette maladie : puis elle reprit de l'embonpoint et de la fraîcheur ; mais elle n'avait aucune force dans les membres, qui pliaient sous elle ; la colonne vertébrale n'avait aucune solidité dans la rectitude ; les yeux étaient saillants hors de l'orbite ; la langue restait pendante hors de la bouche ; la tête, doublée de volume, retombait en arrière, et on était obligé de la soutenir ; quoique la nutrition se fît bien, l'ingestion des aliments s'opérait avec difficulté, et quelquefois l'enfant était menacée de suffocation pendant cet acte. Les membres conservaient leur sensibilité, quoique dans le relâchement ; ils n'étaient point atrophiés, et la petite malade pouvait les mouvoir faiblement ; le facies présentait le rire stupide des idiots ; la voûte crânienne était très-développée, et les sutures sagittale et l'ambdoïde étaient fortement écartées, en sorte qu'en pressant avec les doigts sur l'un de ces points on percevait la sensation d'un liquide à la place qu'auraient occupée les os, notamment à la fontanelle antérieure.

Le second cas du même genre, nous l'avons observé à Porto-Vecchio, sur un petit garçon de 4 ans ; il était presque en tout semblable à celui de la petite fille dont nous venons de parler. La maladie ne s'était déclarée qu'à l'âge de 21 mois, à la suite de convulsions dues, suivant toute probabilité, à une

méningite. A l'époque où nous l'avons vu, il y avait un embonpoint prononcé sur cet enfant; mais la station et la progression étaient impossibles, la tête se déjetait à droite et à gauche. Le long de la suture sagittale, on percevait également la présence du liquide dans le cerveau, qui offrait un volume considérable.

Au dire des parents de ces deux jeunes malades, il y avait une amélioration considérable dans leur position, amélioration démontrée par la nutrition, d'une part, et la diminution dans le volume de la tête, de l'autre. Et nous-même, jugeant d'après ce qui s'était passé depuis 3 ans, avons porté un pronostic favorable sur l'issue de la maladie. Car, si d'une part la nutrition avait repris, et si d'autre part une portion de liquide s'était résorbée, rien n'empêchait que les choses n'allassent crescendo dans cette voie, et qu'une guérison définitive ne pût être obtenue.

Il devient très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'admettre une hydrocéphale chronique par irritation sécrétoire. Le raisonnement se refuse à une telle conjecture, et jusqu'à présent les faits n'autorisent pas à la hasarder.

Le siége de l'hydrocéphale chronique peut être le même que celui de l'aiguë, c'est-à-dire qu'il peut avoir lieu dans les mêmes portions du cerveau ou de ses enveloppes, et que nous avons désignées déjà.

Breschet a vu 4 fois la sérosité accumulée entre la méninge crânienne et le feuillet arachnoïdien qui tapisse sa face interne. Blancard dit avoir vu, sur un fœtus de 7 mois, un épanchement de 2 livres entre la dure-mère et la pie-mère, outre une poche contenant 30 livres de sérosité. Breschet a encore observé chez des fœtus, des enfants à terme ou de 6 mois à 1 an, une véritable hydrocéphale dans le ventricule du septum, cavité si bien décrite par les frères Wenzel et Tiedemann, d'autant plus grande qu'on l'examine à une époque plus voisine de la formation de l'encéphale, et qui alors contient toujours de la sérosité.

Hydrocéphale chronique congénitale.

L'hydrocéphale chronique congénitale est celle qui existe chez le fœtus, chez l'enfant qui vient de naître, et très-rarement peu

après la naissance. Nous disons très-rarement dans ce dernier cas, parce qu'effectivement l'hydrocéphale est presque toujours acquise alors. Les méningites, tuberculeuses ou non, sont très-fréquentes dès les premiers jours qui suivent la naissance ; et si un enfant venu au monde sans signes d'hydrocéphale en présente une quelques jours après, on est plutôt autorisé à la rapporter à une maladie acquise du cerveau ou des méninges qu'à la supposer congénitale. Il peut cependant arriver qu'à la naissance, et même quelque temps après, les dimensions du crâne, comme les autres signes, ne laissent pas supposer une hydrocéphale qui existe réellement, et qui, au bout d'un temps plus ou moins long, devient facilement appréciable par les nouvelles proportions qu'elle a prises. C'est ainsi que Baron et Breschet ont observé des enfants nouveau-nés chez lesquels on n'avait pas soupçonné d'hydrocéphale congénitale, et cependant leur cerveau, imparfaitement développé, contenait une très-grande quantité de sérosité. Gall, Goelis et d'autres encore ont observé des faits semblables.

Anatomie pathologique de l'hydrocéphale chronique. L'hydrocéphale chronique congénitale et celle qui est acquise, quand elle existe sur un enfant en très-bas âge, peuvent présenter des altérations à peu près semblables; par conséquent, en décrivant celles qui sont propres à la congénitale, nous aurons fait assez pour l'acquise.

Ces altérations se rapportent à trois chefs principaux : 1° à la boîte osseuse, quant à son ampliation et sa structure; 2° au cerveau et à ses membranes; 3° au liquide qui constitue l'hydropisie.

Le volume de la tête est presque toujours augmenté ; cependant il peut quelquefois être diminué ou à l'état ordinaire par l'imperfection du développement du cerveau. C'est ainsi que Goelis a vu une fille hydrocéphalique de 18 mois, dont la tête n'égalait pas en volume celle d'un nouveau-né. Gall, Baron, Breschet ont vu aussi des faits semblables. Le volume de la tête varie en grosseur. L'un des plus remarquables développements qu'on ait vus est celui cité par J. Frank, qu'il avait constaté lui-même, dans le musée de Cruikshank, sur la tête d'un enfant de 16 mois, chez lequel la maladie s'était décla-

rée 8 mois après la naissance; la circonférence était de 52 pouces, ce qui constitue une monstruosité.

L'agrandissement de la tête porte presque en entier sur le cerveau, ce qui imprime à la boîte osseuse des altérations remarquables; la base du crâne conserve ses dimensions, quoique quelquefois les os y acquièrent les dimensions de ceux de l'adulte. C'est la voûte crânienne qui est surtout amplifiée. Si les os y conservent parfois leur épaisseur, le plus souvent ils sont amincis. Ils peuvent égaler l'épaisseur d'une feuille de papier, devenir transparents et flexibles comme du parchemin : l'amincissement porte sur l'un des os de la voûte, sur plusieurs ou sur tous à la fois. Si le plus souvent ils ressemblent à une lame fibreuse ou cartilagineuse, ils peuvent aussi être accrus en épaisseur. Tels sont les cas observés par Riedlin et J. Frank. En même temps qu'ils sont hypertrophiés, ces os peuvent devenir spongieux. Schneider en rapporte un exemple.

La texture des os est radiée; leurs angles sont arrondis; leurs bords restent écartés, séparés par des membranes; quelquefois ils restent en contact sans se réunir. Ces points de disjonction sont ultérieurement le siége de formation d'os wormiens qui se développent dans le trajet des sutures de la lambdoïde, et principalement dans la fontanelle antérieure. Murray a rencontré les pariétaux divisés en travers; et Malacarne a observé, dans un cas, la disparition de toutes les sutures du vertex et des articulations des temporaux, si bien que la boîte crânienne formait un tout continu sans pièces distinctes.

L'on a déjà deviné, d'après ce qui vient d'être dit, que l'agrandissement de la cavité cérébrale est loin de se faire constamment d'une manière uniforme. Tantôt c'est aux dépens d'une portion qu'il a lieu, et tantôt aux dépens de l'autre. Aussi la tête peut présenter les formes les plus bizarres : en pain de sucre par l'élongation du sinciput, elle peut offrir une saillie volumineuse sur un côté ou en avant, suivant que l'un des temporaux ou le coronal se sont anormalement développés.

Quand l'hydrocéphale est considérable, il y a écrasement du front par la dépression de l'os frontal, dont les portions orbitaires fuient en avant, de façon à dépasser de beaucoup le plancher inférieur de l'orbite.

Si la tête s'élargit, la face se rapetisse, devient triangulaire, à base vers les sourcils, à sommet au menton.

On n'est pas encore entièrement fixé sur les altérations de l'encéphale. Tandis que certains auteurs prétendent que la sérosité en s'accumulant ne fait que distendre et déplisser l'encéphale, dont la texture reste normale, d'autres pensent que les deux substances blanche et grise n'existent plus.

Frank a consacré à ces altérations variées du cerveau un passage dont l'érudition ne laisse rien à désirer même aujourd'hui (1). Voici comment s'exprime cet auteur : « On a trouvé le cerveau remplacé par une poche renfermant 50 livres d'eau; un cerveau petit, réduit en une membrane, comprimé dans un espace étroit (les hémisphères, de convexes, alors deviennent plans); la pulpe cérébrale, d'une consistance normale, trop molle, trop dure, remplie de tubercules, légère; les membranes des ventricules antérieurs plus épaisses que de coutume; leurs circonvolutions et leurs sillons semblent détruits et leurs parois amincies, mais rarement assez pour que la distinction entre la substance médullaire et corticale soit détruite (Malacarne); dans ce dernier cas, on a vu tout le cerveau présenter l'apparence d'une masse blanche (Wrisberg); on a trouvé le corps calleux touchant à la voûte du crâne, la faux de la dure-mère étant presque détruite (Home); les corps striés déprimés (Aurivill); les couches optiques presque imperceptibles (Buthrer); les ventricules latéraux dilatés (Friend); le septum lucidum perforé (Home); le cervelet, sauf très-peu d'exceptions, à l'état normal (Dixion); les nerfs comme canaliculés (Osiander et Meckel); les nerfs olfactifs très-petits (Friend); les nerfs optiques très-grands (Hartell), privés de pulpe médullaire (Home); les vaisseaux sanguins, excepté ceux de la pie-mère, contenant peu de sang et plutôt de la sérosité (Wrisberg); les carotides et les vertébrales plus minces, plus faibles que de coutume (Osiander); des artères doubles pour une seule veine (Friend) et les vaisseaux lymphatiques distendus. »

Les altérations les plus fréquentes du cerveau sont l'effacement des circonvolutions et des substances blanche et grise, l'augmentation de densité de ces dernières et rarement la dimi-

(1) *Pathologie interne*, trad., t. II, note, p. 534.

nution; quelquefois la transformation d'une partie du cerveau en une membrane mince.

Les pédoncules du cerveau peuvent ne pas exister, remplacés qu'ils sont par de la sérosité (Baron et Breschet); c'est tantôt une portion du cerveau, tantôt une autre qui est détruite et remplacée par une membrane transparente qui s'oppose à l'écoulement du liquide. Parfois, c'est à peine si l'on découvre des vestiges du cerveau. M. Adolphe Richard vient d'en montrer un bel exemple sur un monstre pseudencéphalien qu'il a présenté, en mai 1851, à la Société de Biologie (1). Chez ce sujet, dont la voûte crânienne était en arrêt de développement ainsi que le cuir chevelu et les membranes, appendait au milieu du front disjoint, à la racine du nez, une tumeur bifoliée, de la grosseur d'un œuf de dinde, et qu'on aurait pu prendre pour les hémisphères cérébraux. Cette tumeur manquait de dure-mère, était recouverte d'une peau fine et mince, et, au-dessous, d'un corps d'apparence fongueuse, qui n'était autre que la pie-mère en arrêt de développement, et qui formait la tumeur presque en totalité en avant et en arrière. Au-dessous d'elle, on trouvait trois poches sphériques, bien distinctes, isolables dans toute leur étendue; l'antérieure très-considérable, celle du milieu beaucoup plus petite. En ouvrant ces poches, on les trouvait formées d'une couche ferme, peu épaisse, blanchâtre et nerveuse à l'intérieur, et limitant une sorte de kyste plein de sérosité sanguinolente. En résumé, ce monstre n'avait pas d'os du crâne ni de dure-mère; l'arachnoïde s'était presque effacée; la pie-mère était hypertrophiée; trois poches nerveuses représentaient le cerveau.

Il est encore des altérations qu'on peut considérer comme cause d'hydrocéphale congénitale; telles sont l'absence du cerveau, les hémisphères formés par des parois membraneuses sans substance cérébrale proprement dite, le cerveau n'ayant qu'une seule cavité formée par la réunion des deux hémisphères.

La simple distension des ventricules qui, par leur ampliation, déplissent le cerveau et le réduisent en une membrane mince et résistante, n'est pas incompatible avec la vie et même avec un certain degré d'intelligence.

(1) *Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie.* Paris, 1852, t. III, p. 68.

Les altérations portent moins souvent sur les membranes du cerveau, qui se distendent par l'accumulation du liquide. L'amincissement et plus rarement l'augmentation d'épaisseur de ces membranes, telles sont leurs altérations de texture. L'arachnoïde peut perdre aussi sa transparence.

La quantité de sérosité épanchée varie dans l'hydrocéphale chronique congénitale; les plus fortes proportions qu'on ait rencontrées sont de sept à cinquante livres. La composition du liquide épanché n'est pas uniforme. L'analyse a fourni des résultats divers dans des cas différents. C'est ainsi que Marcet a trouvé : Sur 1,000 parties, mucus avec trace d'albumine 0,112; soude 0,124; hydrochlorate de soude 0,661; hydrochlorate et sulfate de potasse, quantité à peine appréciable; phosphate de chaux, de magnésie et de fer 0,02; eau 99,08. On voit qu'ici les sels de soude étaient en prédominance.

Dans un cas d'hydrocéphale, Bostock, chimiste anglais, a obtenu de l'albumine, une substance incoagulable, des sels, et particulièrement de l'hydrochlorate de soude et de l'eau. Berzélius et John ont constaté de l'albumine, de l'osmazome avec lactate de soude, de la soude, de l'hydrochlorate de potasse et de soude; une matière salivaire avec une trace de phosphate de soude : Barruel y avait trouvé les mêmes substances. On voit donc que ces trois derniers chimistes ont obtenu des résultats à peu près analogues à ceux de Marcet, par rapport à la prédominance des sels de soude, dans le liquide des hydrocéphales congénitales.

Il est encore d'autres altérations d'organes que l'on rencontre dans l'hydrocéphalie congénitale, et cela comme conséquence du même arrêt de développement. Tels sont l'hydrorachis, le bec-de-lièvre simple ou double, l'absence de quelque viscère qui est resté à l'état rudimentaire.

Symptomatologie. La symptomatologie de l'hydrocéphale chronique congénitale se rapporte à deux modes particuliers, suivant qu'il y a développement anormal du crâne, ou atrophie. En décrivant les altérations que subit la boîte osseuse et le contenu, dans le premier cas, nous avons donné les signes patognomoniques. Quand il y a diminution du volume de la tête, il faut avoir recours à une autre série de phénomènes pour reconnaître

la maladie; ces phénomènes ne sont pas moins sûrs. Il y a absence complète de facultés intellectuelles et oblitération des sens. La tête, pointue vers le sommet, est déprimée latéralement et vers les oreilles; elle est couverte de cheveux épais; le front est aplati. Il y a rotation convulsive des yeux, insensibilité à la lumière, dilatation de la pupille; la face est sans expression, stupide. Il y a mauvaise nutrition, difficulté de la déglutition, quoiqu'il y ait voracité. Souvent la suffocation est imminente; la voix se traduit par un son faible et enroué; les excrétions alvines sont involontaires. Les mouvements sont impossibles, les pieds étant croisés, collés l'un sur l'autre, les cuisses fléchies. Une sorte de coma succède, chez ces petits hydrocéphales, à une secousse, à un mouvement brusque de la tête. Il y a alors teinte violacée de la face, embarras de la respiration, ralentissement des battements du cœur, refroidissement des extrémités. Leur vie est toute végétative, et la plupart meurent, peu après leur naissance, dans les convulsions, ou en refusant de prendre le sein.

Il est impossible de reconnaître un hydrocéphale dans le sein de la mère. L'état des grossesses antérieures et du produit de la parturition, la vieillesse du père et sa débilité, pourraient tout au plus, permettre d'établir quelques présomptions.

Quand l'hydrocéphale congénitale a lieu avec accroissement de la tête, la parturition est souvent impossible, et il faut vider le crâne au moyen d'une opération.

Pour les enfants qui viennent au monde avec une disposition à l'hydrocéphale, il y a toujours quelques caractères notables, tels que : tête volumineuse, yeux saillants, fontanelles longtemps ouvertes, parole, intelligence et marche tardives, défaut de solidité dans la colonne vertébrale, etc. Mais on peut se demander si ces signes, que les auteurs donnent comme caractérisant une disposition à l'hydrocéphale, n'indiquent pas déjà un commencement de la maladie? Nous le pensons, pour notre compte.

Dans l'hydrocéphale acquise, les choses se passent différemment : ce sont toujours les troubles de l'innervation qui commencent, soit qu'une méningite tuberculeuse ou non lui donne naissance, soit qu'elle procède d'une autre cause. Quelquefois, ce sont ces troubles seuls qui la dénotent, et cela, quand avec l'hydrocéphale, il y a diminution de la tête.

Dans le cas contraire, après les troubles de l'innervation, on voit bientôt la tête augmenter par l'écartement du frontal, des pariétaux et de l'occipital, qui, en se portant en dehors, donnent au crâne une forme évasée qui contraste avec la petitesse de la face. Les limites de l'écartement de ces os ne sont point marquées. A l'endroit des sutures non consolidées, on perçoit une fluctuation qui indique la présence du liquide; les yeux prennent une configuration particulière. Ils deviennent saillants, luisants et humides avec dilatation de la pupille. L'abolition de la vue a quelquefois lieu; et J. Frank considère ce signe comme le plus sûr pour diagnostiquer la maladie. Tous les autres sens s'émoussent aussi ou se perdent; la face prend un aspect grimaçant ou stupide. Malgré l'assertion de Frank, qui soutient que le jugement, la conscience et l'imagination se conservent assez fréquemment, lors même que tous les points du cerveau sont noyés dans la sérosité, il est constant que, si ces propriétés de l'intelligence existent encore au début, elles se dégradent peu à peu et finissent même quelquefois par s'abolir complétement. Alors surviennent un état comateux, de la surdité et la cécité qui, font du malade un corps tout à fait inerte. Nous devons cependant avouer que, d'après des faits nombreux, certains hydrocéphales conservent encore les facultés de l'intelligence et presque le libre exercice des fonctions : quelques-uns, très-rares, il est vrai, semblent même avoir une intelligence plus vive; mais c'est quand l'épanchement est faible et les os du crâne non soudés.

En thèse générale, la voix, devenue rauque et nasillarde, simule un grognement; la langue finit par se paralyser; les lèvres restent béantes et laissent écouler continuellement de la salive par bave. Il y a un mouvement continuel des mâchoires; la déglutition, souvent gênée, est parfois impossible. La tête penche d'un côté ou de l'autre, trop lourde pour les liens qui la fixent au rachis. Le décubitus est spécial. Tout le corps est ramassé dans la flexion, la tête inclinée sur un point ou un autre. Il y a, dès le début, gêne dans la locomotion, et, suivant M. Breschet, il n'y a peut-être pas de signes plus certains de la maladie, à cette époque, que cette vacillation musculaire et l'impuissance de tenir le corps en équilibre. A mesure que la maladie progresse, la marche devient impossible, le corps s'affaisse, et même tous les mouve-

ments peuvent se perdre. A cette époque, les convulsions sont nulles, tandis qu'elles sont fréquentes au début, surtout quand il y a méningite. Dans les dernières phases de la maladie, les matières fécales et les urines sont rendues involontairement, la nutrition se fait mal, quoique les malades mangent beaucoup; les troubles de la respiration et de la circulation sont portés très-loin et demeurent permanents.

Marche et terminaison de l'hydrocéphale congénitale et acquise. La terminaison de ces deux variétés d'hydrocéphale est le plus ordinairement la mort. Mais cette issue a lieu plus souvent dans la première que dans la seconde. C'est, la plupart du temps, dans le sein maternel que succombent les enfants porteurs d'hydrocéphale congénitale. Il existe néanmoins des exemples d'hydrocéphales de cette catégorie qui ont vécu jusqu'à 17, 20, 30, 40 et même 54 ans. Suivant Gœlis, deux auraient succombé, l'un à 79 ans, l'autre à 71. Il est permis de croire que, dans ces cas, l'hydrocéphale avait peu de développement, et que le cerveau était peu gêné par le liquide.

La terminaison plus ou moins rapide par la mort, dépend de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle se développe le liquide. Quand il apparaît lentement et graduellement, que les os peuvent s'écarter, ne pas se souder, pour ne pas comprimer le cerveau, le terme est plus long ; les symptômes apparaissent graduellement et avec une certaine lenteur. La paralysie du mouvement et du sentiment se montre par gradation, et arrive à son summum peu avant la mort.

La guérison de l'hydrocéphale chronique est-elle possible? Si par guérison on entend le retour à l'état normal de l'encéphale et de ses annexes, nous répondrons non pour l'hydrocéphale congénitale, et oui pour l'acquise. On conçoit bien que quelques hydrocéphales congénitales survivent avec un certain degré inférieur dans tous les actes de la vie ; mais si cela implique une certaine compatibilité avec la vie, cela n'implique pas une guérison, tandis qu'on peut citer des guérisons complètes d'hydrocéphale acquise. Du reste, la compatibilité de l'hydrocéphale congénitale avec la vie ne dépend pas seulement de la dimension de l'épanchement, mais elle est liée encore à l'intégrité de tous les autres organes. Les complications de cette

hydrocéphale sont, le plus ordinairement, les vices de conformation de diverses parties du corps, l'arrêt de développement de plusieurs organes.

Diagnostic. Quand une hydrocéphale se présente, on doit s'attacher à déterminer si elle est congénitale ou acquise; si elle est ventriculaire, ou si elle siége dans la grande cavité de l'arachnoïde; si, quand elle est ventriculaire, elle ne coïncide pas avec une altération du cerveau, qui aurait pu, peut être, en être la cause.

A l'autopsie, il est assez facile de déterminer s'il y a, en même temps qu'hydropisie ventriculaire, lésion concomitante du cerveau. La chose est moins facile sur le vivant. Cependant, on pourrait la reconnaître à la double série des phénomènes, dont les uns sont propres à l'hydropisie, tels que ceux que nous avons énumérés, et les autres propres à la lésion de la substance nerveuse, douleurs à la nuque ou sur un point de la tête, tremblement des membres avec conservation de leur mouvement et de leur sensibilité, qui devient même exagérée, et cela sur quelques-uns, sinon dans tous, etc.

L'hydropisie ventriculaire étant, la plupart du temps, sous la dépendance d'un défaut de développement du cerveau, ou de l'absence de quelqu'une de ses parties, du moment qu'on aura pu la diagnostiquer, on devra la supposer congénitale. Si en même temps l'enfant porte d'autres vices de conformation, de la lèvre, du voile du palais ou d'autres organes, l'hydropisie congénitale se confirme.

La difficulté gît donc principalement à fixer le siége qu'occupe l'hydropisie. Quand elle est évidemment congénitale, apparente dès la naissance, on peut dire, presque à coup sûr, qu'elle est dans un ventricule ou plusieurs. Si elle se manifeste peu de jours après la naissance, on a encore de fortes présomptions pour lui assigner ce siége. Mais à une époque plus avancée de la vie, l'embarras se présente. Si la saillie de la poche, à travers les os du crâne, et la fluctuation étaient suffisantes pour faire établir que le liquide siége dans la grande cavité arachnoïdienne, et non dans les ventricules, la question serait facile à décider ; car, ainsi que l'avance M. Breschet, l'hydrocéphalie interne ou ventriculaire appartient toujours, à peu d'exceptions près, à un vice de con-

formation originelle, et l'externe, c'est-à-dire celle dans laquelle la sérosité est renfermée dans la cavité de la séreuse qui va de la dure-mère aux circonvolutions cérébrales, est un phénomène de l'arachnitis chronique, et dépend de cette inflammation. Il faut donc s'appliquer, dans ce cas, à rechercher les symptômes qui ont pu précéder l'hydrocéphale, et voir s'ils se rapportent à l'arachnitis, à la méningite. Si, d'une part, on a ces symptômes, et que, de l'autre, il existe une poche fluctuante à travers les os du crâne, on a toute probabilité qu'il s'agit d'une hydrocéphalie acquise, c'est-à-dire siégeant dans la grande cavité arachnoïdienne, et liée à l'inflammation chronique de cette membrane. Dans le cas contraire, on devrait pencher à admettre une hydrocéphalie congénitale, passée peut-être inaperçue dès les premiers jours de la naissance, et ayant donné signe d'existence, plus tard, par son accroissement.

Une seule maladie pourrait simuler l'hydrocéphalie, c'est l'hypertrophie du cerveau. Mais celle-ci, d'après Dance et Dubuc, a des caractères qui empêchent de la confondre avec la première. C'est ainsi qu'une douleur vive au front, la dilatation des pupilles, des accès d'épilepsie, et l'intégrité de l'intelligence sont des symptômes propres à l'hypertrophie du cerveau.

Étiologie. — C'est le défaut d'organisation de l'encéphale qui est cause de l'hydrocéphale congénitale. Il est vrai qu'on ne peut guère expliquer comment le liquide s'épanche par suite de cette organisation incomplète. Toutes les autres causes qu'on a mises en avant restent hypothétiques; telles sont l'inflammation de l'encéphale de l'embryon, due, soit aux excès vénériens, aux violences extérieures portant sur le fœtus pendant la grossesse, soit à des émotions, au *nisus formativus*, aux vices rachitique, scrofuleux, soit aux maladies de la mère, à l'âge avancé du père, etc. Les filles donnant plus fréquemment naissance à des hydrocéphales que les femmes mariées, on a voulu en conclure que l'usage de se serrer dans un corset, ce que font ces malheureuses pour dissimuler leur grossesse, entre, pour une certaine part, dans l'étiologie.

Parmi les causes capables d'agir d'une manière éloignée sur la production de l'hydrocéphalie acquise, il faut ranger le travail de la dentition, les scrofules, les affections intestinales, et les vers

intestinaux agissant par sympathie, les maladies du cuir chevelu, une mauvaise alimentation, l'usage des excitants, l'ébranlement que causent sur le cerveau les coups, les chutes, les secousses violentes, les pressions exercées sur les parois du crâne par le forceps durant l'accouchement.

Nous ajouterons, ce que n'ont fait, jusqu'à présent, aucun des auteurs qui ont écrit, que l'hydrocéphalie chronique, pouvant se développer à tout âge, quoiqu'à un moindre degré que dans le bas âge, nous rangeons aussi au nombre de ses causes toutes celles qui, comme dans les autres hydropisies, ont une action générale, et donnent lieu à des effets généraux, c'est-à-dire à des hydropisies diffuses. C'est ainsi que, sous l'influence des altérations du sang (anémie albuminurique), de la maladie de Bright, de l'obstacle au cours du sang veineux, des maladies organiques du cœur, on peut voir survenir, concomitamment avec d'autres hydropisies, l'hydrocéphalie chronique acquise, qui précipite les jours du malade. Et, sous ce rapport, l'hydrocéphalie chronique acquise se partage, pour nous, en celle qui apparaît primitivement seule, et qui est toujours le résultat d'une altération du cerveau ou des méninges, et celle qui apparaît avec d'autres hydropisies, et qui reconnaît une cause à action générale, comme celles que nous venons de mentionner.

Traitement. Dans le traitement, il nous faut considérer l'hydrocéphalie, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, congénitale ou acquise.

Le traitement de l'hydrocéphale aiguë est basé sur la maladie qui lui a donné naissance. Est-elle due à une méningite avec ou sans tubercules? c'est cette affection qu'il faut combattre suivant ses différentes périodes; car, si une fois elle est vaincue, l'épanchement a de fortes chances de résorption, par les seules ressources de la nature, ou sous l'impulsion de médications que nous allons énumérer. Si l'hydrocéphale résulte d'une tumeur, d'acéphalocyste, etc., c'est encore à ces altérations morbides qu'il faut s'adresser; mais on comprend combien alors on a peu de prise contre elle, et combien elle doit être tenace. Celle qui aurait le plus de chances de guérison serait, sans contredit, celle, fort rare, qui serait la conséquence d'une irritation sécrétoire. Ici, après les évacuations sanguines générales et locales pratiquées

suivant la constitution du malade, les révulsifs cutanés externes, le plus près possible du siége de l'épanchement, et plus ou moins énergiques, les révulsifs internes sur le tube digestif, et l'usage habilement combiné des diurétiques et des diaphorétiques, parviendraient presque à coup sûr à dissiper l'hydropisie.

En tous cas, quand la cause morbide de l'hydrocéphale aiguë a été domptée, et que celle-ci persiste, c'est à ces diverses médications, révulsifs internes et externes, diurétiques, diaphorétiques, qu'il faut recourir pour essayer d'en avoir justice, et cela en choisissant, pour les médicaments qui constituent ces séries, ceux qui paraîtraient le mieux s'accommoder au tempérament, à la constitution comme aux habitudes du sujet. Toutefois, nous dirons que, parmi les révulsifs externes, quand les plus légers, tels que vésicatoires et rubéfiants, n'auront rien produit de saillant, il ne faudra pas craindre de recourir aux cautères avec la pâte de Vienne, vers l'occipital et derrière les oreilles, au séton longtemps entretenu à la nuque.

Le traitement de l'hydrocéphalie chronique se partage en celui qui est applicable à l'hydrocéphalie congénitale, et celui qui convient à l'hydrocéphalie acquise.

Il n'est, d'après tous les auteurs et les bons observateurs, aucun traitement qui soit susceptible de guérir l'hydrocéphale congénitale, par le motif que cette hydropisie dépend toujours d'un défaut de développement, d'un vice de conformation du cerveau. On a pratiqué et on pratique encore la ponction de la poche séreuse; nous verrons tout à l'heure jusqu'à quel point cette opération peut être utile, et le rôle qu'elle peut jouer pour la guérison.

Frank conseillait un traitement préservatif dans le cas de disposition innée. Il voulait qu'on entretienne le ventre libre, qu'on excite la transpiration et l'éternuement, qu'on soutienne les forces par un régime convenable, que l'on combatte les vices scrofuleux et rachitique, qu'on préserve le crâne de violences extérieures. C'est là un traitement contre l'hydrocéphale existante que prescrit Frank, et non un traitement préventif; car il dit, dans le même passage, qu'il faut chercher à obtenir la résorption du liquide.

Quoi qu'il en soit, ce traitement, très-applicable, ne doit pas

laisser d'illusion aux praticiens sur l'issue de l'hydrocéphale congénitale, qui reste à peu près constamment incurable.

L'hydrocéphalie chronique acquise est susceptible, dans bon nombre de cas, de s'améliorer sous l'influence d'un traitement bien dirigé. C'est surtout celle qui succède à l'aiguë qui doit le plus en bénéficier. A travers tous les remèdes plus ou moins inutiles ou ridicules qu'on a préconisés contre cette affection, il ne reste de vraiment rationnel et pratique que l'emploi des vésicatoires sur la tête, des cautères avec le fer rouge ou la potasse caustique, des incisions sur le cuir chevelu, du séton à la nuque. Toutes ces applications sont capables de produire une révulsion énergique et soutenue. Les irritants sur les membres inférieurs, les bains de vapeurs et alcalins concourent également au même résultat. La tête doit, avant tout, être rasée; les frictions mercurielles sur tout le cuir chevelu sont alors de saison, en même temps qu'on donne le calomel à l'intérieur. Les toniques conviennent très-bien pour la constitution ordinairement débilitée des sujets, et, parmi eux, le quinquina sous diverses formes et les martiaux tiennent le premier rang.

Les sangsues et les déplétions sanguines générales, qui peuvent trouver de si heureuses applications dans l'hydrocéphale aiguë, paraissent complétement contre-indiquées dans l'hydrocéphale chronique, à moins que le sujet ne soit encore fort et robuste, disposé aux congestions.

Après le calomélas, on doit recourir, dans l'hydrocéphalie chronique, à la digitale, à la teinture de cantharides, au sulfure de potasse, à tous les diurétiques si variés. Presque toutes les préparations pharmaceutiques ont été mises à contribution contre cette maladie, mais le plus souvent sans succès.

La ponction de la tête pourrait être le seul remède efficace contre l'hydrocéphalie congénitale; elle pourrait trouver sa plus heureuse application dans certaines hydrocéphalies chroniques acquises. Cette question vaut la peine qu'on la débatte.

La ponction peut-elle être avantageuse? peut-elle procurer quelquefois la guérison? est-elle, par elle-même, susceptible de susciter des accidents? Voilà autant de solutions qu'il faut demander aux faits, en consultant ceux qui ont été enregistrés dans les annales de la science.

Il est certain qu'Hippocrate, Aétius et Celse avaient recommandé cette opération. Lecat, Remmet et Monro l'ont pratiquée sans succès, soit avec la lancette, soit avec le trois-quarts. Tulpius, Fabrice de Hilden, Wepfer, de Lamotte, Petit, Ferdinandi, Fabricius et Panarolius, ont aussi pratiqué la ponction au dire de Frank, et la mort en a été constamment le résultat. Dupuytren a ponctionné trois hydrocéphales sans succès. Breschet a fait aussi plusieurs fois la même opération à l'hôpital des Enfants-Trouvés, et constamment avec des résultats défavorables (1).

Voilà, certes, des résultats qui ne sont pas propres à encourager les médecins à la mettre en pratique. Et, si l'on se rappelle que Boyer et Delpech, et plus anciennement Heister, Morgagni et Camper, l'ont tout à fait rejetée, on serait tenté de ne jamais y recourir.

Mais à côté de tout cela il n'est pas difficile de rencontrer quelques succès, et ils sont suffisamment encourageants pour décider la pratique en faveur de cette opération, dans une maladie qui est fatalement mortelle ou incurable.

Il y a deux faits de guérison d'hydrocéphale par la ponction, insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1831, t. IV, p. 156, n. 39. Un troisième cas de guérison plus remarquable est dû à Bédor, de Troyes : l'enfant avait quatorze mois; la ponction fut pratiquée neuf fois. La première, faite le 13 septembre 1827, donna issue à un litre de sérosité limpide, et fut suivie de la cessation du strabisme et de la diminution des autres symptômes de compression, tels que l'affaissement, la somnolence et l'hémiplégie à gauche avec rétraction de la cuisse de ce côté. Les autres ponctions, faites à intervalles plus ou moins éloignés, fournirent une moindre quantité de liquide, et amenèrent chaque fois une amélioration notable. Enfin, la dernière ponction, qui fut pratiquée quatre mois après la première, laissa l'enfant dans un état très-satisfaisant. Plus d'un an après, il mourut d'une pneumonie aiguë. L'examen du crâne montra un développement plus grand du ventricule droit avec amincissement des parois. La supérieure formait un infundibulum, au fond duquel existaient trois points

(1) *Compendium de Médecine*, t. IV, p. 582.

fistuleux, traces évidentes des ponctions. C'était donc une hydrocéphale congénitale (1).

M. Syme, chirurgien anglais, rapporte un cas d'hydrocéphale dans lequel on a pratiqué plusieurs fois la ponction avec succès (2).

Graefe, de Berlin, a cité un cas beaucoup plus remarquable que les précédents, et où la guérison fut complétement obtenue. Ce cas est relatif à un enfant de quatre mois, chez lequel la ponction fut pratiquée onze fois dans l'espace d'un an; l'enfant se développa assez régulièrement. Après la première ponction, il avait déjà meilleure mine; après la neuvième, il avait commencé à articuler quelques mots et à marcher; à l'âge de dix mois, il marcha seul et parla assez distinctement; parvenu à l'âge de deux ans et demi, l'enfant, vif et bien portant, fut présenté à la Société de Médecine de Berlin (3).

Dans un cas publié par le docteur Hofling, en 1837, on voit une fracture du crâne donner issue au liquide contenu dans la tête d'un enfant de cinq ans, affecté d'hydrocéphalie chronique; l'écoulement du liquide dura huit jours très-abondant, puis diminua progressivement, et finit par cesser complétement. Deux ans après cet heureux accident, la santé de l'enfant était fort bonne, et la tête avait repris ses proportions normales. La conséquence que l'auteur tire de ce fait est naturelle, c'est qu'il ne faut pas craindre de faire la ponction de la tête dans l'hydrocéphalie chronique, en évacuant le liquide par petites portions et à plusieurs reprises (4).

En 1838, un chirurgien de Londres, M. Conquest, publia dix-neuf observations de sujets chez lesquels il avait pratiqué la ponction; neuf malades avaient guéri, dix étaient morts. Suivant M. Malgaigne, dans la plupart des cas de M. Conquest, il y eut plutôt suspension de la marche croissante de la maladie que guérison véritable. Néanmoins, ce chirurgien pense que l'opération peut et doit être tentée : 1° quand le sujet a moins

(1) *Gazette des Hôpitaux*, t. IV, p. 488, n° 147.

(2) *Archives de Médecine*, 1826, t. X, p. 456.

(3) *Archives de Médecine*, t. XXVIII, 1832.

(4) *Archives de Médecine*, 2e série, t. XV.

de trois à quatre mois, lors même que l'hydrocéphale paraît stationnaire; 2° au delà de quatre mois, et sans autre limite que l'ossification du crâne, lorsque l'hydrocéphale s'accroît sensiblement, et menace ainsi la vie générale et la vie de relation de l'individu.

En 1839, un exemple de ponction d'hydrocéphale, suivie de succès complet, fut publié par M. le docteur Kilgour, d'Édimbourg. L'opération fut répétée quatre fois en un mois. La guérison était parfaite au bout de quatre mois. L'enfant avait deux mois et demi au moment de la première ponction (1).

En 1842, le docteur West publia, dans le *London médical Gazette*, un mémoire comprenant cinquante six cas de ponction du crâne. Dans tous il s'agit d'hydrocéphale congéniale ou développée peu après la naissance; un rigoureux examen de ces faits, prouve que la ponction du crâne n'est pas une opération très-grave en elle-même, et que, dans quelques cas, elle a procuré des guérisons réelles et définitives.

M. Nonat vient encore de mettre tout récemment la ponction en pratique, et avec succès, dans un cas d'hydrocéphale chronique. Il s'agissait d'un enfant de quatorze mois, qui avait toujours été bien portant, et avec une tête de volume ordinaire jusqu'à sept mois. A cette époque, il fut pris de convulsions avec fièvre et abattement : pendant huit jours, il resta sans connaissance et sans vouloir téter. La santé sembla revenir après ; mais au bout d'un mois, nouvelle convulsion. Ce n'est que trois mois ensuite que la mère s'aperçut de l'augmentation du volume de la tête, de son défaut de consistance, et d'un enrouement intense. Elle le porta à l'hôpital; M. Nonat pratiqua, avec un trois-quarts explorateur, une ponction au niveau de la fontanelle latérale antérieure, par laquelle il s'écoula 280 grammes de liquide transparent, incolore, et ne donnant aucun précipité à la chaleur ni à l'acide nitrique. Une amélioration rapide s'ensuivit, et le douzième jour, lorsque ce jeune malade quittait l'hôpital, la tête conservait le volume qu'elle avait pris après l'évacuation du liquide (2).

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 16 mai 1840, p. 230.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 3e série, t. II, n° 115, p. 458.

Ainsi, s'il est des cas nombreux où des effets nuls et quelquefois la mort ont été la suite de la ponction dans l'hydrocéphale, il en existe d'incontestables, où cette opération a été suivie de succès. Ces derniers, quoique peu nombreux relativement, sont cependant suffisants pour autoriser à recourir à cette opération dans une maladie aussi incurable que l'hydrocéphale chronique congénitale. D'après nous, l'opération devient commandée dans les cas d'hydrocéphale chronique acquise, lorsque tous les moyens ont échoué, et que les os restent encore écartés et permettent de percevoir la sensation du liquide à travers cet écartement. La compression, conseillée dans le but de favoriser la résorption du liquide, est, d'après les données du bon sens, un moyen capable de produire des accidents graves et peu propre à obtenir le but que l'on se proposerait en l'employant.

Art. 6. — De l'hydrorachis.

L'hydrorachis est l'hydropisie du canal rachidien. Elle tire son étymologie des mots grecs ὑδωρ, eau, et ῥαχις ou ῥαχια, épine dorsale.

Tout épanchement séreux, quelle qu'en soit la cause, qui s'effectue dans l'intérieur du rachis, et en quantité telle qu'il provoque une gêne des fonctions de la moelle, au lieu de les favoriser, doit être regardé comme une hydrorachis. Comme dans toutes les autres hydropisies, il n'est pas possible de préjuger, sur le vivant, la nature du liquide qui la constitue; on doit, pour ce motif, comprendre sous la même dénomination les épanchements séro-sanguins, séro-purulents, etc. Ici, comme dans l'hydrocéphale, le liquide épanché peut occuper plusieurs places, l'espace compris entre la dure-mère et la portion osseuse du canal, la cavité formée par la duplicature de l'arachnoïde, ou siéger entre l'arachnoïde et la pie-mère, celle-ci étant alors le siége de la suffusion. Mais c'est dans la grande cavité arachnoïdienne que se fait le plus fréquemment la collection séreuse.

L'hydrorachis est acquise ou congénitale. Nous nous occuperons également des deux espèces, parce que, notre ouvrage étant tout pratique, nous avons besoin de faire connaître les

ressources que l'art possède contre la dernière, malheureusement si souvent funeste et désespérante pour les médecins.

Hydrorachis acquise et congénitale.

Anatomie pathologique. Les altérations anatomiques portent sur le liquide, sur les membranes qui enveloppent la moelle. et sur la moelle elle-même. La quantité de liquide est variable, mais ne saurait, dans tous les cas, être très-considérable, vu les barrières solides qu'il rencontre dans les parois osseuses du canal. Elle est beaucoup plus considérable dans l'hydrorachis congénitale, parce que là, la vicieuse conformation de la colonne vertébrale lui offre ordinairement un espace plus ou moins grand, entre les anneaux de vertèbres écartées, pour former une poche plus ou moins vaste sous la peau. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir le liquide s'élever de une à trois livres et plus.

Quant aux qualités, le liquide de l'hydrorachis peut offrir celles que présente celui des autres hydropisies, et dont nous avons suffisamment parlé. Limpide ou citrin, insipide ou légèrement salé, il est quelquefois séro-purulent, séro-sanguin, ou contient des flocons albumineux en suspension. C'est à la suite de la méningite rachidienne qu'il présente des traces de pus, de flocons albumineux, de globules rouges du sang. Cependant, il n'est pas rare de voir du sang se mêler à la sérosité, pendant l'agonie ou après la mort, chez les sujets qui succombent à une apoplexie, ou qui offrent un obstacle à la circulation pulmonaire.

Si, dans beaucoup de cas, le liquide rachidien provient d'un épanchement intra-crânien, dans quelques cas fort rares, il peut refluer du canal rachidien dans les ventricules du cerveau. La science a enregistré déjà des cas semblables. Les méninges rachidiennes présentent, dans l'hydrorachis, des altérations qui dépendent presque toujours de la maladie qui a donné lieu à l'épanchement. L'hypertrophie ou le ramollissement, les colorations rouges par injection, jaune pâle ou verdâtre, par suite de plaques purulentes ou de produits plastiques déposés à leur surface, telles sont ces altérations. Dans l'hydrorachis congénitale, outre les altérations de membranes, on trouve celles du canal osseux. Alors, il peut y avoir écartement des lames d'une ou plusieurs ver-

tèbres. Dans l'hydrorachis acquise, à moins de maladies vertébrales ou de violences extérieures, on ne rencontre rien de semblable.

Mais le cordon rachidien, comme l'origine des nerfs qui en découlent, sont fréquemment altérés dans l'hydrorachis acquise et dans la congénitale. De ces altérations, les unes sont primitives, c'est-à-dire liées à l'état morbide qui a donné naissance à l'épanchement; telles sont celles qu'on rencontre dans le spina bifida, et à la suite de la méningite rachidienne, ou dans d'autres maladies de la moelle : elles ne doivent pas nous occuper ici; les autres sont consécutives à la collection séreuse. La longue persistance d'un épanchement rachidien considérable doit entraîner nécessairement, à sa suite, la compression de la moelle et de l'origine des nerfs, et, par suite, l'atrophie avec ou sans induration de ces parties. Les exemples qu'on a cités à l'appui de cette opinion ne sont pas rares; mais, dans la plupart, il reste à se demander si ce n'est pas la maladie de la moelle elle-même qui a préexisté et donné lieu à l'épanchement.

On ne peut être sûr de l'altération consécutive de la moelle et de l'origine des nerfs que tout autant qu'avant l'apparition des symptômes de compression ou la paraplégie, il n'a pas existé de signes de troubles nerveux, tels que convulsions des muscles des extrémités inférieures ou du tronc, aberration de calorification, sensations de fourmillements, etc. La division de la moelle, qu'on a rencontrée quelquefois, et que quelques auteurs ont voulu rapporter à l'hydrorachis, devait être préexistante ou avoir une origine différente, car, si on conçoit l'atrophie avec induration ou ramollissement du prolongement rachidien, par effet de la compression prolongée du liquide, on ne peut concevoir sa section en deux parties latérales.

Symptomatologie. Les symptômes de l'hydrorachis dépendent et de la quantité du liquide épanché, et de la rapidité ou de la lenteur avec laquelle s'effectue l'épanchement. En effet, quand l'épanchement s'effectue lentement et graduellement, la moelle s'habitue à la compression, et ne donne aucune ou presque aucune manifestation symptomatique saillante. Nous pensons que c'est pour avoir observé beaucoup d'états pareils que quelques auteurs, en tête desquels se trouve Itard, croient que l'hydrora-

chis ne se traduit par aucun syptôme. Cette manière de voir leur a été suggérée aussi par la fréquente complication d'hydrocéphale avec l'hydrorachis; les quelques phénomènes qui pourraient alors être rapportés à l'épanchement rachidien, ils les font découler de l'hydrocéphale. Quand l'accumulation du liquide est prompte, rapide dans son accroissement, aussitôt apparaît un cortége de symptômes caractéristiques.

L'épanchement acquiert rarement un développement considérable. D'abord, le canal osseux est une barrière à son accroissement; en raison de cette barrière circulaire, quand l'exhalation séreuse continue à se faire, le liquide reflue de bas en haut, du rachis dans la cavité crânienne, par les voies de communication qui existent.

Les cas où l'épanchement rachidien non congénital est le plus considérable, sont ceux où il existe en même temps une hydrocéphale, parce que le liquide, au lieu de refluer en haut dans la cavité crânienne, reçoit au contraire une partie de celui qui existe dans cette cavité, par la tendance qu'il a à descendre à mesure qu'il s'accumule.

Quand la collection liquide se fait lentement et graduellement, il peut y avoir quelques sentiments de douleur le long du rachis; mais ces sensations peuvent manquer, ou bien elles ne se manifestent que quand il y a accumulation assez grande pour comprimer fortement la moelle et les nerfs. M. Ollivier pense qu'il suffit d'une légère augmentation du liquide rachidien pour produire cette douleur (1). Nous ne partageons que partiellement l'opinion de ce pathologiste. Nous dirons, comme lui, qu'il y a douleur dans une légère augmentation du liquide, mais quand cette augmentation est prompte, brusque. Nous avons trop vu d'épanchements assez considérables, survenus lentement, sans donner lieu à aucune douleur, pour que nous puissions croire le contraire. Ainsi, douleur le long du rachis, quand il y a collection considérable, ou quand une collection moyenne ou faible s'effectue rapidement, voilà à peu près le vrai.

Quand l'épanchement est faible ou moyen, mais qu'il s'opère avec vitesse, à la douleur se joignent bientôt d'autres symptômes.

(1) Ollivier, *Traité des Malad. de la moelle épin.*, Paris, 1837, t. II, p. 135.

Ce sont des fourmillements, non-seulement dans les membres inférieurs, mais dans tous les muscles du tronc, et même dans les membranes musculaires des viscères digestifs, de la faiblesse dans les organes locomoteurs, une certaine torpeur. Quand la paralysie arrive, c'est que l'épanchement a pris des proportions considérables, et alors les membres qui en sont frappés indiquent quelles sont les parties de la moelle qui sont comprimées, parce que la compression entraîne la paralysie des parties auxquelles se distribuent les nerfs qui en partent. Si, parfois, on a rencontré, dans l'hydrorachis, des tremblements, des convulsions, c'est qu'il y avait alors autre chose que l'hydrorachis, une altération de la moelle. Quelle que soit la quantité du liquide accumulé dans le canal rachidien, il n'y a jamais déformation de l'épine, à moins de complication d'ostéite ou de violence extérieure ; ce n'est que dans l'hydrorachis congénitale que le liquide vient former une poche sous-cutanée, à travers les vertèbres mal conformées. La description que Joseph Frank donne de l'hydrorachis chronique, nous semble plutôt se lier à une lésion de la moelle épinière ou à l'hydrorachis compliquée d'hydrocéphale qu'à l'hydrorachis pure et simple. C'est ainsi qu'il dit : « Les adultes, à la suite de rachialgies arthritiques, hémorrhoïdaires, traumatiques, rhumatismales, surtout lorsqu'elles ont affecté des scrofuleux ou des rachitiques, ou bien pendant le cours même de ces affections, se plaignent de lassitude, d'une faiblesse de tout le corps, et surtout d'un engourdissement des jambes et d'une anesthésie de la peau qui les recouvre. La teinte du corps est livide, et la peau est comme plombée. Ces symptômes ne tardent pas à être suivis de la faiblesse et de la paralysie des jambes ; à cette époque, les désirs vénériens ont disparu. Il existe une constipation opiniâtre et une grande difficulté d'uriner. Les digestions sont pénibles, et il n'y a plus d'appétit ; des gaz parcourent et distendent les intestins, et, quelquefois, les mains seulement ne sont plus sous l'empire de la volonté, de telle sorte que le malade est obligé de recevoir la nourriture d'une main étrangère. Chez quelques-uns, on observe aussi de la gêne dans la respiration, des mouvements anormaux du cœur, sans que cependant on trouve les autres signes qui indiquent une maladie des viscères contenus dans la poitrine. Les malades, comme attachés, restent

facilement couchés. Les vomissements, les convulsions, l'abolition des facultés de l'intelligence, précèdent ordinairement la mort (1). »

On voit que J. Frank a confondu, dans cette description, des symptômes qui sont propres à la myélite et à la méningite rachidienne ; quelques-uns appartiennent à l'hydrocéphale, mais, à coup sûr, ce groupe n'est pas propre à caractériser l'hydrorachis acquise.

Les symptômes de l'hydrorachis congénitale sont beaucoup plus saillants. Il y a d'abord, sur l'un des points de la colonne vertébrale, une tumeur fluctuante, à base plus ou moins large, ou pédiculée, tumeur qui s'affaisse par la pression, à cause de la rentrée du liquide dans le canal rachidien. Ces seuls caractères de la tumeur, joints à l'écartement des vertèbres que l'on sent à sa base, suffiraient pour faire diagnostiquer le spina bifida ou hydrorachis congénitale. Mais, avec ce caractère externe, on retrouve souvent, suivant le volume et l'ancienneté de l'épanchement, des signes de paralysie des extrémités inférieures, du rectum et de la vessie, qui viennent corroborer le diagnostic. C'est toujours chez les nouveaux nés, ou chez de jeunes enfants, peu de jours après leur naissance, qu'on rencontre le spina bifida, qui est le résultat d'un vice de conformation de la colonne vertébrale, de la moelle et des méninges rachidiennes. A nulle autre époque de la vie, on ne trouve le spina bifida, à moins qu'une maladie osseuse, ou une violence extérieure n'ait produit l'écartement vertébral, en même temps qu'apparaît l'hydrorachis. On ne pourrait, en tous cas, citer un exemple bien avéré de ce genre.

Marche, durée, terminaison. C'est la cause morbide de l'hydrorachis qui lui imprime sa marche. Elle est rapide quand c'est une méningite rachidienne aiguë, une congestion rachidienne active qui lui donnent naissance. Elle met la même promptitude dans son évolution, quand elle succède à la suppression brusque d'une sécrétion normale ou anormale, à une profonde modification des fonctions de la peau, à la cessation spontanée d'un flux normal ou anormal existant depuis longtemps. Dans tous ces cas, l'hydrorachis dépend ou de l'altération des solides, ou de l'alté-

(1) *Pathologie interne*, Paris, 1838, t. III, p. 273.

ration des liquides, et appartient, soit à la première, soit à la seconde classe des hydropisies. Elle est lente, irrégulière ou régulière dans sa marche, quand elle est congénitale, ou qu'elle se lie à l'hydrocéphale congénitale, à une paralysie ancienne, à une méningite rachidienne chronique, résultant soit d'une carie vertébrale, soit de tubercules de la moelle. Elle appartient, dans tous ces cas, à la première classe des hydropisies. Elle est encore lente quand, survenant avec d'autres suffusions séreuses, elle découle, comme elles, d'une cause à action générale et chronique, telle que l'anémie albuminurique initiale ou consécutive à des cachexies, à la maladie de Bright, les obstacles à la circulation veineuse, etc. Il est vrai que, dans tous ces cas, l'hydrorachis est rarement bien appréciable par sa quantité, car l'épanchement reste dans des limites restreintes. Cependant, il peut acquérir quelquefois des proportions considérables, comme dans un cas par nous observé à la suite de la maladie de Bright. C'est ordinairement, alors, une irritation des méninges rachidiennes qui détermine l'abondance de l'épanchement, le sang se trouvant dans des conditions à laisser exsuder facilement sa portion aqueuse.

C'est l'abondance et le mode de développement, ou plutôt la nature de sa cause, qui détermine la durée de l'hydrorachis. L'épanchement a-t-il lieu rapidement et en abondance? Sa terminaison est rapidement funeste par la compression de la moelle et de la racine de tous les nerfs qui en partent. Quand il s'effectue lentement et avec gradation, la maladie peut aller fort longtemps, surtout si la collection n'est pas trop considérable, par suite de l'habitude que la moelle acquiert pour la présence du liquide. Alors les phénomènes de compression sont peu saillants, et les troubles fonctionnels portés à un point médiocre. Quand l'hydrorachis se lie à un vice de conformation de la colonne épinière et de la moelle, la durée est ordinairement très-longue, à moins qu'elle ne soit excessivement considérable, auquel cas la mort arrive promptement ; et encore voit-on tous les jours des spina-bifida d'une très-grande dimension qui persistent pendant des années. On comprend aussi que l'hydrorachis liée à une altération du sang, à un obstacle à la circulation, à une de ces causes générales qui engendrent des suffusions séreuses multiples, ait une durée considérable, tant à cause du peu d'inten-

sité des désordres fonctionnels qu'elle suscite qu'à cause de la longanimité que la cause met à disparaître, même d'après un traitement rationnel.

Diagnostic différentiel. L'hydrorachis acquise présente-t-elle des phénomènes assez saillants pour permettre de la distinguer d'autres maladies qui, comme elle, aboutissent à la paralysie, et pour discerner les différentes formes d'hydrorachis les unes des autres? Au début, et quand l'accumulation du liquide est encore légère, la chose est impossible; plus tard, quand l'épanchement est considérable, le diagnostic offre plus de précision; mais, avouons-le, ce n'est, la plupart du temps, que sur le cadavre que l'on peut avoir la certitude de l'hydrorachis.

L'hydrorachis ne peut avoir de manifestations propres que quand, par la quantité du liquide accumulé, il y a compression de la moelle, et paralysie des extrémités inférieures, du rectum, de la vessie. Mais ces paralysies sont produites par d'autres maladies. La myélite, le cancer, le tubercule, les différentes tumeurs de la moelle donnent le même résultat. C'est donc avec ces diverses lésions que l'hydrorachis pourrait être confondue.

L'hydrorachis aiguë ou à marche rapide, résulte presque toujours d'une méningite rachidienne, ou d'une congestion active des méninges rachidiennes. Or, la brusque terminaison de la méningite rachidienne, qui aboutit au relâchement des muscles par l'épanchement séreux ou séro-purulent, ne permet pas de la confondre avec la myélite aiguë, dont la marche est beaucoup plus lente, l'aboutissant plus éloigné. Les troubles de l'innervation sont beaucoup plus considérables et plus variés dans la myélite que dans la méningite rachidienne, dans laquelle, aux convulsions, aux agitations musculaires, succède promptement le relâchement par suite de l'épanchement qui s'est produit. Il est peut-être encore plus facile de distinguer l'hydrorachis chronique, ou qui s'effectue avec lenteur, des autres altérations chroniques de la moelle qui aboutissent à la même fin. En effet, l'hydrorachis ne devient appréciable que quand la compression qu'exerce le liquide sur le cordon rachidien se traduit par la paralysie. Eh bien, quelle que soit la lenteur que le liquide mette à s'accumuler, les symptômes de paralysie se présenteront toujours avec une certaine brusquerie, parce qu'ils n'auront lieu que quand l'accu-

mulation séreuse sera arrivée à un point donné. Dans aucune des affections chroniques de la moelle, la paralysie ne se montre avec soudaineté. Elle arrive dans tous les cas petit à petit; ce sont d'abord des fourmillements incommodes, des tiraillements douloureux accompagnés de faiblesse, puis le relâchement des muscles qui va toujours croissant, parce que les maladies chroniques de la moelle vont en progressant. Cette seule circonstance permettrait peut-être de diagnostiquer l'hydrorachis, si on n'avait encore quelques lumières à obtenir des affections de même nature, concomitantes dans quelque autre organe.

C'est ainsi que les tubercules pulmonaires, les scrofules, des tumeurs répandues sur divers points du corps, peuvent laisser supposer l'existence d'affections pareilles sur la moelle épinière; d'autre part, l'existence d'une hydrocéphale, d'hydropisies multiples et à cause générale, donnent une certaine probabilité à l'hydrorachis; enfin, une méningite rachidienne chronique laisse peu de doute pour le diagnostic de l'hydrorachis consécutive.

Les congestions actives ou passives de la moelle ne peuvent être confondues avec l'hydrorachis, quoi qu'en dise M. Ollivier, parce que si des symptômes de paralysie se montrent après une congestion pure et simple, ces symptômes ne sont pas de longue durée, par la promptitude avec laquelle s'opère la résolution de la congestion, soit par les efforts de la nature, soit par effet de l'art. Quand la congestion donne lieu à l'exsudation, ce n'est point du sang pur qui exsude, c'est du sérum sanguinolent, et on a alors l'hydrorachis. L'hémorrhagie rachidienne peut être confondue avec l'hydrorachis, parce qu'ici il y a persistance de la paralysie, comme dans l'épanchement séreux. Mais, ordinairement, l'hémorrhagie n'a lieu qu'à la suite d'une violence extérieure ou d'une méningite rachidienne, et ces circonstances sont suffisantes pour éclairer le diagnostic.

L'hydrorachis congénitale se distingue parfaitement de toutes les autres. L'âge du sujet, l'existence ordinaire d'une tumeur fluctuante sur le trajet de la colonne vertébrale, et coïncidant avec un écartement de vertèbres, et des phénomènes de paralysie, tout cela est plus que suffisant pour faire éviter l'erreur. A plus forte raison, ne pourrait-on pas confondre l'hydrorachis congénitale avec toute autre maladie. Tout au plus, la complica-

tion d'hydrocéphale congénitale pourrait-elle obscurcir le diagnostic; mais alors, le médecin éclairé n'est point embarrassé pour faire la part des phénomènes qui appartiennent à l'hydrocéphale, et dont nous avons donné ailleurs l'histoire, et de ceux qui appartiennent en propre à l'hydrorachis.

Pronostic. Le pronostic de l'hydrorachis est grave quand elle est congénitale, liée à un spina bifida, à une hydrocéphale congénitale. La mort en est alors la terminaison la plus ordinaire. Elle est grave encore quand, acquise, elle est devenue manifeste par les symptômes de compression. L'accumulation du liquide est alors considérable, et l'issue est souvent funeste. Que si elle succède à une méningite rachidienne, elle est promptement mortelle; car la mort ne se fait pas attendre, dans cette méningite, quand le relâchement musculaire a succédé aux convulsions, que, par conséquent, l'épanchement séro-purulent ou séro-plastique s'est effectué.

Étiologie. Les vices de conformation de la colonne vertébrale, l'hydrocéphale congénitale, sont les causes que l'on peut le moins révoquer en doute pour l'hydrorachis chronique, comme la méningite rachidienne aiguë représente la cause la plus sensible pour l'hydrorachis aiguë. Il ne répugne point d'admettre, pour cette hydropisie, les mêmes causes que pour les autres, car enfin la séreuse rachidienne est soumise aux mêmes lois que les autres séreuses de l'organisme. C'est ainsi que, pour l'hydrorachis qui apparaît primitivement seule, on peut admettre, outre la méningite rachidienne, la congestion active ou irritation sécrétoire des membranes qui recouvrent la moelle, différentes tumeurs ou dégénérescences morbides siégeant dans l'intérieur du canal rachidien, et qui provoquent cette irritation ou l'inflammation des méninges; et pour les hydrorachis qui surgissent en compagnie d'autres suffusions séreuses, il est évident qu'il faut en établir les causes dans les mêmes altérations morbides qui produisent les autres suffusions séreuses : les suppressions brusques d'exhalations importantes, de flux normal ou anormal, les exanthèmes cutanés aigus, la maladie de Bright, etc. Il est vrai que la science n'est pas encore très-avancée expérimentalement sur ce point d'étiologie, et que les faits bien établis manquent.

Mais c'est à leur recherche et à leur constatation que les mé-

decins doivent s'attacher. Nous avons dit, dans le courant de ce article, que nous avons rencontré un cas d'hydrorachis consécutive à la maladie de Bright. La science doit l'enregistrer. Le voici :

XXIIIe OBSERVATION. — HYDRORACHIS CONSÉCUTIVE A LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE CHRONIQUE.

Le nommé S. Ps..., employé des douanes à Propriano, près de Sartène (Corse), entrait à l'hôpital d'Ajaccio, le 17 juin 1851, pour une infiltration générale, qui avait débuté par la face et les extrémités supérieures. Ce jeune Corse, à constitution primitivement bonne, avait couché pendant plusieurs années de suite dans un petit bateau appartenant à la douane, et avait eu à subir fort souvent l'influence du froid et de l'humidité. Il s'était adonné à l'usage de l'eau-de-vie pour réagir contre ces influences. Depuis quelques mois, il éprouvait des douleurs sourdes dans les reins, quand, en mars 1851, il vit sa figure devenir bouffie, et éprouva une lassitude continuelle. Il ne fit point attention à cet accident, et continua son service. Mais peu à peu ses facultés intellectuelles s'obscurcirent, ses jambes refusèrent le service, une constipation opiniâtre s'empara de lui, et il entra à l'hôpital, persuadé que tous ces phénomènes tenaient à l'infiltration générale dont il était porteur.

A son entrée, nous constatons un œdème sous-cutané généralisé, et de la sérosité en quantité notable dans le péritoine. Les réponses sont lentes, quelquefois nulles; l'intelligence est évidemment affaissée; les sens sont obtus. Il y a grande difficulté dans les mouvements, marche chancelante, relâchement des muscles des membres inférieurs, constipation et sécrétion rare des urines. La sensibilité cutanée est néanmoins conservée; mais il y a refroidissement des membres inférieurs.

L'analyse des urines donne un fort précipité albumineux. La maladie de Bright est révélée. Nous diagnostiquons des épanchements multiples, notamment des ventricules du cerveau et de la cavité rachidienne. Ce malade succomba trois semaines après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, les reins furent trouvés atrophiés; ils ne représentaient plus que la moitié de leur volume normal; ils

étaient pâles, anémiés. La substance corticale présentait cet aspect si bien caractérisé par l'expression de chair d'anguille. Outre les divers épanchements séreux du péritoine, du péricarde et des plèvres, nous rencontrâmes beaucoup de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde, dans les ventricules cérébraux qui se trouvaient distendus, et enfin dans la cavité arachnoïdo-rachidienne, où il n'en existait pas moins de 200 à 300 grammes, d'après appréciation à vue d'œil. Les substances cérébrales et celles de la moelle épinière semblaient indurées et atrophiées, notamment la substance blanche.

Il est bien évident qu'ici, l'épanchement rachidien n'a pas été seulement dû à l'écoulement, dans le canal, du liquide contenu dans le cerveau, mais que la même cause générale qui a agi sur les méninges cérébrales a également agi sur les méninges rachidiennes.

Traitement. Le traitement de l'hydrorachis est divisé en deux parties : la première s'occupe de combattre la cause morbide qui a donné lieu à l'épanchement ; la seconde s'occupe spécialement de l'épanchement lui-même, pour en obtenir la résorption ou l'élimination. Nous n'avons à envisager ici que la seconde partie. Parmi les médications internes à mettre en usage pour chercher à obtenir la résorption de la collection séreuse, figurent toutes celles employées dans les autres hydropisies, et classées parmi les diurétiques, les sudorifiques et les purgatifs, ou dérivatifs internes. Nous ne nous arrêterons pas sur elles, puisque nous les avons longuement énumérées dans d'autres articles (1). Nous ajouterons seulement que, dans la plupart des cas, elles restent parfaitement inutiles, ce qui ne dit point précisément qu'on ne doive pas les essayer.

Il est un médicament dont l'action ne peut guère s'expliquer, qui n'agit ici que comme il agit contre toutes les affections chroniques dans lesquelles on l'emploie, et qui vient de produire d'une manière évidente, entre les mains d'un médecin anglais, la cure d'une hydrocéphale chronique : c'est l'iodure de potassium que nous devons mentionner. Ce médicament a été peu employé contre les hydropisies. S'il agit en pareil cas, ce doit être en com-

(1) Voyez pag. 225 et suivantes.

battant la cause morbide; et dans les cas si difficiles d'hydrorachis, où toutes les autres médications sont infructueuses, il n'est pas à dédaigner. Du reste, le beau succès obtenu par M. Rowland Hoskins dans l'hydrocéphale chronique dont nous parlions, et que nous allons rapporter sommairement, nous fait un devoir d'engager les praticiens à recourir à son emploi.

XXIVe OBSERVATION. — HYDROCÉPHALE CHRONIQUE TRAITÉE ET GUÉRIE PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

Un jeune enfant de deux ans, hydrocéphale dès l'âge de trois mois, présentant une tête de 17 pouces de circonférence, avec diverses saillies sur les parties latérales, en avant et en arrière, paraissait sommeiller continuellement, sauf quelques grincements de dents qu'il avait de temps en temps, et quelques mouvements de rotation de la tête sur l'oreiller. Les pupilles étaient dilatées, les mouvements de l'iris paresseux. Il y avait absence de connaissance, quoique les aliments qu'on lui mettait dans la bouche fussent avalés. Trois fois par semaine, cet enfant avait des accès convulsifs. Tous les jours, deux ou trois fois, il semblait sortir de sa torpeur pour pousser des cris violents. La peau était sèche et froide, le pouls à 160; la langue sèche et blanchâtre; il avait une constipation habituelle.

Les premiers accidents avaient débuté, trois mois après la naissance, par des accès convulsifs d'abord fréquents, puis assez rares. L'enfant avait paru se rétablir; il avait appris à dire quelques mots, et il marchait, lorsqu'à l'âge de dix-huit mois, à la suite d'une chute sur la tête, il avait perdu la faculté de la parole et celle de la locomotion. A partir de ce moment, la tête avait augmenté de volume, et l'enfant avait pris l'aspect d'un idiot. Beaucoup de traitements avaient été essayés sans succès. M. Hoskins songea à l'iodure de potassium, qu'il prescrivit à la dose de 2 centigrammes et demi toutes les quatre heures; tous les trois ou quatre jours, il le purgeait avec la poudre de scamonée composée. Après quinze jours de ce traitement, la tête de l'enfant n'avait plus que 15 pouces de circonférence, l'intelligence était revenue, la locomotion devenait possible, et les fonctions se rem-

plissaient bien. Enfin, trois mois plus tard, la tête avait 14 pouces, et l'enfant fonctionnait comme tous ses camarades de son âge (1). Cette cure est trop remarquable pour ne pas engager les médecins à tenter l'iodure de potassium contre l'hydrorachis chronique.

L'usage des vésicatoires multiples promenés sur la colonne vertébrale, et, après eux, celui des cautères volants, semble supérieur à tous les autres modes de traitements dans l'hydrorachis chronique; et, de fait, c'est à leur emploi qu'on a été parfois redevable de guérisons inespérées. Il conviendrait donc d'y recourir, en même temps qu'on donnerait l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans les cas où l'hydrorachis est congénitale, qu'il existe un spina bifida, on a tenté quelques opérations contre la tumeur, le vice de conformation, en vue de guérir une affection ordinairement sans ressource; rarement ces tentatives ont été fructueuses. Mais il suffit qu'il existe quelques succès bien constatés dans une affection aussi désespérante, pour qu'il devienne nécessaire de donner les divers procédés opératoires mis en pratique, et les cas qui paraissent le plus opportuns pour l'opération.

En présence d'une tumeur fluctuante comme celle du spina bifida, tumeur dont la pression refoule le liquide, et cause souvent des troubles dans les fonctions de la locomotion par la compression que celui-ci exerce alors sur la moelle, la première opération qu'on a dû pratiquer est la ponction de la tumeur, pour l'évacuer. Mais l'évacuation du liquide ne pouvait être d'aucun secours pour la cure d'un vice de conformation congénitale, qui est lui-même la cause de la production de la poche séreuse. La ponction pure et simple amena donc quelquefois un soulagement momentané, jamais une cure radicale. Il y a mieux, c'est qu'elle fut suivie souvent d'accidents graves, par suite de la pénétration de l'air extérieur dans la poche, la ponction étant faite directement. La méthode sous-cutanée écarte ces dangers sans être plus curative.

M. Dubourg (de Marmande) a tenté l'excision de la tumeur, en la circonscrivant à sa base par deux incisions semi-elliptiques, en un seul temps, dans le sens de la longueur de la colonne vertébrale. Une fois la poche enlevée et la moelle mise à nu, ce chirurgien réunit les bords de la plaie au moyen de la suture entor-

(1) *The Lancet*, et *Bullet. thérap.* 1851.

tillée. Ce moyen de réunion lui paraît exercer une heureuse influence sur le rapprochement des lames vertébrales écartées, comme il aide au rapprochement des os palatins dans le bec-de-lièvre. M. Dubourg a opéré, de cette façon, cinq spina bifida sur de jeunes enfants, et a obtenu trois succès complets. C'est là un beau résultat dans une maladie où, d'habitude, la mort est l'issue ordinaire (1).

Cette opération a été tentée depuis par quelques chirurgiens, et notamment par M. Roux, mais sans donner d'aussi bons résultats, même sans résultats avantageux. M. Dubourg croit pouvoir attribuer ces insuccès à ce qu'on s'est écarté des conditions qu'il a posées. Pour lui, les conditions de réussite de l'opération sont d'abord dans le volume et le rapport de la tumeur avec le canal rachidien. Ainsi, il faut que l'ouverture de la tumeur, qui communique avec la moelle, n'ait pas plus d'un pouce d'étendue. Pour le procédé opératoire, il veut que, dans le premier temps de l'opération, c'est-à-dire dans la dissection des téguments, on n'ouvre pas la tumeur kystique, ce qui ne peut arriver que quand le pédicule est assez étroit. Quand il est large, il faut faire la section rapidement pour empêcher la pénétration de l'air dans le conduit rachidien. Quand la tumeur n'est formée que par les méninges, et que la peau est retirée et atrophiée, il faut exciser de même les méninges à la base, raviver les bords de la peau et réunir de la même façon.

Les chances de réussite de l'opération sont proportionnées aux dimensions de la fente osseuse et à l'état général du sujet.

M. Beynard de La Réole a voulu arriver à la guérison du spina bifida en substituant à l'excision de M. Dubourg la compression graduée du pédicule, de manière à produire l'étranglement de la tumeur et l'adhésion des parois du sac au niveau du point étranglé. Il se servit, dans un cas, de deux tuyaux de plumes hollandées, appliqués latéralement sur le col de la tumeur, et dans l'intérieur desquels avait été passé un cordonnet en guise de chapelet. Au moyen de ce cordonnet, les deux tuyaux de plumes furent serrés sur le pédicule de la tumeur, jusqu'à ce que celle-ci devînt dure et violacée. Des bandelettes de toile Dieu furent pla-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 3e série, t. I, n° 12, p. 49.

cées au-dessous de la partie des plumes qui n'exerçait pas de pression, afin de ramener les téguments des parties latérales vers le centre; des petits linges furent mis à l'extrémité des plumes pour garantir les téguments; le tout fut recouvert d'une compresse imbibée d'huile. Le lendemain, la tumeur était lie de vin, dure, froide. Elle fut vidée par une ponction. Elle se flétrit bientôt; et comme les tuyaux de plume se relâchaient par cette flétrissure, un fil ciré, passé circulairement, acheva l'étranglement. Au cinquième jour, la poche était tombée, et, dix jours après, la cicatrisation était complète (1). Cette opération ne saurait être convenable que quand le pédicule de la tumeur est fort étroit et l'écartement des lames apophysaires des vertèbres très-restreint.

M. Laborie, dans un travail spécial sur l'hydrorachis (2), pose ainsi les indications pour opérer ou non. L'hydrorachis peut être opérée : 1° si l'enfant paraît bien constitué, et si la tumeur est unique; 2° si la tumeur est pédiculée; 3° si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée et qu'elle ne soit point ulcérée, et si, à travers la peau, on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur; 4° si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleurs; 5° si les mouvements imprimés à la tumeur sont indolores; 6° si la tumeur est franchement fluctuante.

Il faut, au contraire, s'abstenir : 1° quand l'enfant présente quelque autre vice de conformation; 2° quand la tumeur présente une base très-large, surtout verticalement; 3° quand la peau qui revêt la tumeur est incomplétement formée et ulcérée; 4° quand la tumeur paraît sensible à la pression, et surtout quand cette sensibilité se révèle énergiquement lorsqu'on exerce la pression sur la partie la plus saillante de la tumeur; 5° quand on ne peut faire exécuter à la tumeur aucun mouvement sans déterminer de la douleur; 6° quand la fluctuation se perçoit inégalement, et qu'elle arrive d'une manière plus immédiate au doigt de l'observateur, si on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur.

Depuis qu'on a appliqué l'usage des injections iodées à la cure

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie*, t. XIII, p. 108.
(2) *Annales de la Chirurgie*, Paris, 1845, t. XIV, pag. 212.

de l'hydrocèle et des kystes, on a également eu l'idée de les tenter dans le spina bifida. Cette idée n'était point irrationnelle, car on espérait obtenir l'oblitération du sac de la tumeur spinale par une inflammation adhésive. Jusqu'à présent nous ne connaissons que deux cas traités de la sorte, et ces deux cas ont fourni deux succès. L'un appartient au docteur Brainard, qui exerce dans l'Inde, l'autre est dû à M. Chassaignac.

Dans le cas dû au docteur Brainard, la tumeur existait au sacrum chez une demoiselle de treize ans; elle avait neuf pouces de circonférence et trois pouces de hauteur. Elle était accompagnée de paraplégie et d'incontinence recto-vésicale. M. Brainard pratiqua l'injection par une ponction sous-cutanée. Après la première injection, la réaction fut vive; elle fut modérée après la seconde. La compression consécutive à l'injection iodée oblitéra la poche. Deux mois après, il y avait guérison radicale et amélioration de la paraplégie (1).

On voit combien ce fait est remarquable et encourageant. Celui de M. Chassaignac, quoique moins remarquable, est également favorable au nouveau traitement.

XXVe OBSERVATION. — HYDRORACHIS CONGÉNITALE GUÉRIE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Le 26 mars 1851, ce chirurgien présentait à la Société de Chirurgie un enfant de cinq mois, portant à la partie inférieure de la colonne vertébrale les traces d'une hydrorachis guérie par les injections iodées. « Cet enfant, dit l'auteur, fut porté à l'hôpital au mois de janvier dernier. Déjà il avait été soumis à l'examen de M. P. Dubois, qui devait tenter quelque chose pour sa guérison, mais qui avait été arrêté par la difficulté de donner à ce dernier une nourrice convenable. Quand je le vis, l'enfant était chétif. La tumeur qu'il portait à la partie inférieure de la colonne vertébrale avait le volume d'un œuf à grand diamètre vertical; la peau était amincie, transparente. On sentait une fluctuation évidente; la pression ne diminuait pas le volume de la tumeur; les cris de l'enfant lui donnaient, au contraire, une certaine tension.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 3e série, t. I, n° 14, p. 58.

Craignant une rupture prochaine, je me décidai à faire une injection iodée, le 4 janvier dernier. Deux cuillerées de liquide citrin furent évacuées de la poche formée par l'hydrorachis, et une injection à partie égale d'eau et de teinture d'iode fut faite dans la tumeur, le pouce d'un aide étant préalablement placé sur son pédicule, afin de prévenir toute pénétration de l'injection dans le rachis. Après cette opération, des bandelettes de diachylum furent appliquées sur le siége du mal. Pendant environ six semaines, la tumeur resta à peu près avec son volume primitif. L'injection paraissait avoir échoué, quand elle se mit enfin à revenir sur elle-même et à disparaître. Actuellement, l'enfant ne porte plus que des traces de sa tumeur, et le rachis offre encore un écartement correspondant au pédicule de celle-ci. Depuis l'opération, la santé de l'enfant est bonne, les mouvements des membres inférieurs sont normaux (1). »

Il résulte donc de tout ce que nous venons de dire, que le spina bifida peut être combattu, dans quelques circonstances, au moyen de l'excision et de la suture entortillée, ainsi que le pratique M. Dubourg; dans quelques cas plus exceptionnels, par l'étranglement du pédicule de la tumeur, et enfin par les injections iodées, qui paraissent applicables au plus grand nombre de cas, puisqu'elles ont réussi dans une tumeur de 9 pouces de circonférence, et chez une demoiselle de treize ans. C'est là une heureuse innovation dans une affection aussi incurable; et aujourd'hui on peut dire qu'il n'est plus permis d'abandonner un spina bifida à lui-même.

Art. 7. — Hydrocèle.

Nous ne donnons le nom d'hydrocèle qu'aux tumeurs liquides comprises entre les tuniques qui enveloppent le testicule et le cordon. L'étymologie grecque du mot le ferait appliquer à toute tumeur aqueuse, quel que fût son siége. Aujourd'hui, sa restriction est telle qu'on n'oserait pas même comprendre, sous la même dénomination, l'infiltration cellulaire du dartos ou du cordon, qui ne constitue qu'un œdème.

(1) *Compte rendu des séances de la Société de Chirurgie.* (*Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1851.)

Il faut distinguer l'hydrocèle du cordon et l'hydrocèle vaginale.

La dernière comprend deux espèces, suivant que la tunique vaginale forme un sac sans ouverture, ou suivant qu'elle conserve une ouverture, un col non oblitéré communiquant avec la cavité abdominale. Dans le premier cas, c'est l'hydrocèle simple ou ordinaire; dans le second, c'est l'hydrocèle congénitale, non qu'on ne l'observe absolument que dans l'enfance, mais parce qu'elle est toujours le résultat d'une disposition congénitale de la tunique. Avec cette disposition de la tunique, la sérosité peut descendre du ventre et y remonter.

Quant à l'hydrocèle du cordon, les auteurs en ont distingué plusieurs variétés. Les uns ont admis seulement l'hydrocèle enkystée du cordon, et celle non enkystée, ou qui résulte d'un épanchement dans un vieux sac herniaire, en communication ou non avec la cavité du péritoine. M. Blandin admet trois variétés importantes d'hydrocèle kystique du cordon. Dans la première, un ou plusieurs kystes développés de toutes pièces dans le cordon sont remplis de sérosité; dans la seconde, il existe un épanchement dans un vieux sac herniaire, soit que ce sac communique supérieurement avec le péritoine, soit que son col, depuis longtemps libre d'intestins, se soit oblitéré complétement; enfin la troisième est constituée par un ou plusieurs kystes, qui sont des restes du col incomplétement atrophié de la tunique vaginale, et qui sont placés sur le trajet de ce filament cellulaire, qui, dans l'état normal, suit la tunique vaginale au péritoine de la région de l'aine. C'est cette espèce d'hydrocèle que M. le professeur Cloquet a décrite sous le nom d'hydrocèle en chapelet, quand elle résulte de la réunion de plusieurs kystes placés les uns au-dessus des autres (1).

Quoique l'hydrocèle soit une maladie propre à l'homme, on la rencontre quelquefois chez la femme; elle est alors constituée par un kyste séreux, situé à la partie supérieure de la grande lèvre, et qui est un reste du canal de Nuck, petit prolongement du péritoine sur le cordon sus-pubien de l'utérus. Elle peut encore être constituée par un sac herniaire descendu dans la

(1) Blandin, *Dict. de Méd. et de Chir.*, t. IX, art. *Hydrocèle.*

grande lèvre, et dont le col, libre d'intestins, s'est oblitéré, et contient un épanchement séreux, comme nous en avons eu récemment un cas, que nous avons traité au moyen des injections iodées.

XXVIe OBSERVATION. — HYDROCÈLE CHEZ LA FEMME, TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Madame Costa (d'Ajaccio), femme de cinquante ans, d'une très-bonne constitution, chargée d'embonpoint, portait une hernie inguinale gauche depuis sa dernière couche, c'est-à-dire depuis une quinzaine d'années. Elle avait l'habitude de maintenir la tumeur réduite au moyen d'un bandage : quand la hernie s'échappait parfois, elle parvenait elle-même à la faire rentrer.

Dans le courant de mars 1851, elle s'aperçut, un beau matin, qu'une tumeur de petit volume sortait de dessous la pelote de son bandage. Elle essaya, mais vainement, de la réduire. Un médecin fut appelé, qui, voyant la consistance de la tumeur naissante, fit faire une application de sangsues, quoiqu'il n'y eût aucune douleur. Une seconde et une troisième application furent faites à quelques jours d'intervalle; mais, loin de diminuer, cette tumeur grossit avec une certaine rapidité.

Effrayée plutôt par son accroissement que par aucune gêne ni douleur, madame Costa appela un deuxième médecin. Celui-ci crut à une hernie étranglée, et demanda une consultation en règle pour prendre un parti; nous fûmes au nombre des consultants.

On constatait, dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, une tumeur volumineuse comme le poing, pyriforme, à sommet supérieur, se prolongeant jusqu'à l'anneau. Quoique la malade n'éprouvât ni trouble ni souffrance, on fit des tentatives de réduction à diverses reprises : elles ne donnèrent aucun résultat. On proposait le débridement. Nous avions pu rigoureusement constater, nous-même, que la tumeur était constituée par deux portions continues, mais distinctes en consistance. L'une, supérieure, sortant de l'anneau, aboutissait, en grossissant, jusqu'à

l'origine de la grande lèvre; l'autre, toute contenue dans l'épaisseur de celle-ci, était d'un volume quatre fois plus gros, et représentait assez bien le corps d'une vessie. La première était dure, résistante, sans élasticité, mate; la seconde était tendue, mais élastique, et laissait clairement percevoir de la fluctuation.

Il nous parut clairement qu'il s'agissait d'un vieux sac herniaire, à l'ouverture duquel s'était glissée une portion d'épiploon, qui, par suite de pression exercée par le bandage, s'était enflammée et avait acquis des adhérences solides.

La portion sous-jacente du sac avait sécrété un liquide dont la quantité tendait à augmenter incessamment.

Nous priâmes nos confrères de remettre au lendemain le débridement résolu par eux.

Le lendemain, madame Costa avait passé une mauvaise nuit causée par la perspective de l'opération qu'on devait lui pratiquer. Quand tous les consultants furent réunis, pour les convaincre de la réalité de notre diagnostic, nous fîmes immédiatement une ponction évacuatrice dans la partie la plus déclive de la tumeur.

Il s'écoula un plein verre de sérosité citrine, et toute la portion saillante s'affaissa.

Nous proposâmes alors l'injection iodée pour le surlendemain, persuadé que le liquide se reproduirait dans cet espace de temps, ce qui ne manqua pas.

Le 2 avril, la tumeur s'était remplie de nouveau; une deuxième ponction en évacua une quantité de liquide égale à celle de l'avant-veille. C'était de la sérosité citrine, donnant un très-fort précipité albumineux par l'acide nitrique. La ponction avait été faite suivant la méthode sous-cutanée; une injection iodée au tiers, et saturée par un gramme d'iodure de potassium, fut immédiatement poussée. La douleur fut médiocre, et ne dura que quelques heures; elle eut un retentissement jusque dans le rein correspondant. Nous avions laissé dans la poche environ un huitième de la solution injectée. Le lendemain de l'opération, la tumeur était dure, rénitente, mais sans douleur. A partir du quatrième jour, elle commença à diminuer; le quinzième jour, toute la portion inférieure, remplie précédemment de liquide, était flétrie, complétement affaissée, et donnait, à la grande

lèvre l'aspect d'un repli longitudinal. La portion supérieure, formée par l'épiploon, était dure, résistante, et tranchait brusquement avec l'inférieure.

Par cette opération, nous obtenions un double bienfait : 1° la cure de l'hydrocèle ; 2° celle définitive de la hernie, à laquelle la portion d'épiploon engagée fournit, par des adhérences très-étendues, et en partie suscitées par l'injection, un bouchon indestructible.

Le bienfait de cette opération ne s'est pas démenti depuis plus d'un an que nous pouvons observer cette dame.

Anatomie pathologique. L'hydrocèle est constituée par un liquide aqueux, du sérum qui contient toujours de l'albumine en quantité plus considérable que celui du sang. Ce liquide est le plus ordinairement clair, limpide, transparent ou citrin. Il est très-rarement hématique, et, dans ce cas, il prend une couleur brune, vineuse, par la présence de la matière colorante du sang ; souvent il est d'une couleur jaune-verdâtre plus ou moins foncée. Il présente une odeur fade et quelque peu spermatique. Parfois, on le rencontre un peu trouble par la présence de flocons albumineux qu'il contient en suspension.

La séreuse qui contient le liquide conserve, la plupart du temps, les qualités des séreuses normales, c'est-à-dire qu'elle est mince et demi-transparente ; d'autres fois elle acquiert une densité et une épaisseur plus considérables, et, sous ce rapport, elle peut même offrir l'état semi-cartilagineux, cartilagineux, et même ossiforme. Dans ces cas, ce n'est pas la membrane elle-même qui est ainsi transformée, mais elle s'est accrue par la superposition de couches plastiques exsudées ; et c'est à l'état de ces couches plastiques modifiées qu'elle doit ces apparences cartilagineuses, ossiformes. On rencontre ces derniers états de la séreuse quand le liquide qu'elle contient renferme des produits plastiques, des flocons albumineux, du sang.

Ces fausses membranes, qui augmentent l'épaisseur de la tunique vaginale, ont été bien étudiées tout récemment par M. Gosselin. Ce chirurgien a pu constater que, à l'exemple de ce qui a lieu au péricarde et surtout à la plèvre, ce phénomène dépend ici, comme nous le disions, de fausses membranes qui doublent

la face interne de la séreuse. Elles ne tapissent que le feuillet pariétal de la tunique vaginale; tantôt elles s'arrêtent à l'épididyme, ou, si elles vont jusqu'au testicule, elles deviennent là si minces, si adhérentes, qu'on ne peut les suivre qu'avec beaucoup de difficulté.

Le liquide de l'hydrocèle est, dans ce cas, tantôt limpide, plus souvent rougeâtre, ressemblant à du chocolat cuit ou à de la lie de vin. Parfois il renferme des grumeaux fibrineux ou des exsudations plastiques, fausses membranes récentes, destinées à augmenter ultérieurement l'épaisseur de celle qui est déjà accolée. Quant à cette fausse membrane, assez facile à détacher de la séreuse, elle offre de un à plusieurs centimètres d'épaisseur. Au début, son tissu est souple et flexible; plus tard, la coque devient plus consistante; enfin, au troisième degré, ces caractères se prononcent davantage; il se forme des incrustations plutôt calcaires qu'osseuses. L'altération est alors parvenue à cet état que les chirurgiens connaissent sous le nom de transformation ou dégénérescence fibro-cartilagineuse de la tunique vaginale.

Ces pseudo-membranes, examinées au microscope, n'ont présenté que des fibres courtes, étroites, non réunies en faisceaux, quelquefois très-peu nombreuses, et comme perdues au milieu d'une matière amorphe. Elles renferment des vaisseaux sanguins qui se continuent avec ceux de la tunique vaginale normale Dans ces cas, la tunique fibreuse et la séreuse sont parfois épaissies, mais à un faible degré. Elles ne deviennent jamais non plus denses, ni d'aspect fibro-cartilagineux, comme la fausse membrane.

M. Gosselin ne nie pas, pour cela, que ces deux membranes ne puissent subir, dans d'autres circonstances, une inflammation chronique, et, par suite, une augmentation de leur épaisseur normale.

Quant au testicule, il est ordinairement situé à la partie supérieure et postérieure de la poche, comme dans l'hydrocèle simple; on l'a rencontré aussi soit en avant, soit en bas. Il est souvent aplati, refoulé dans l'épaisseur des autres enveloppes, ne faisant plus de saillie à l'intérieur de la cavité vaginale. Ceci s'explique par des considérations toutes simples. Dans l'hydrocèle ordinaire, la poche ne se laisse pas distendre à l'endroit où

le testicule adhère, parce que la résistance y est plus grande que dans les autres points. Le testicule n'est donc pas refoulé et continue à faire saillie dans la tunique vaginale; mais quand celle-ci est doublée par une fausse membrane dense, peu extensible, qui ne se continue pas jusque sur le testicule, l'endroit où ce dernier adhère prête autant et même plus à la distension que les autres, au niveau desquels se trouve un obstacle apporté par la pseudo-membrane. Il est d'autant plus important de connaître ces différences, que la consistance des enveloppes ne permet pas ici au doigt, non plus qu'à l'œil, de constater la situation du testicule.

L'épididyme, parfois à sa place naturelle, est, dans d'autres cas, éloigné, surtout par son corps ou partie moyenne, du testicule : on le trouve à une distance de 2, 3, 4 à 5 centimètres, et même plus. Il faut avoir cette disposition présente à l'esprit; car on pourrait méconnaître l'épididyme ainsi dévié de sa position normale, et le couper ou l'exciser par mégarde dans une opération d'hydrocèle par incision, opération que l'on pratique souvent en pareille circonstance (1).

A la suite de ces fausses membranes qui tapissent la portion pariétale de la tunique vaginale, il peut survenir des cloisonnements qui renferment des collections isolées les unes des autres; c'est l'hydrocèle multiloculaire, dont l'origine est facilement explicable. Ces poches multiples se forment, ou au moment même où se produisent les fausses membranes, au moyen de prolongements fibrino-plastiques qui finissent par s'organiser, et séparent ainsi la collection en plusieurs chambres; et alors c'est dans l'épaisseur des fausses membranes que sont contenues ces collections divisées; ou bien, les fausses membranes étant déjà organisées et solides, des flocons albumineux, des matières plastiques en suspension dans le liquide se condensent, s'organisent en adhérant d'une part à la face interne des pseudo-membranes, et d'autre part à la séreuse viscérale, et, par cette organisation, forment des loges plus ou moins nombreuses dans lesquelles le liquide reste cloisonné. Dans ce dernier cas, les poches liquides ne sont plus contenues dans l'épaisseur des fausses membranes,

(1) *Archives générales de Médecine*, sept. 1851.

mais bien en dehors d'elles, et dans la cavité de la tunique vaginale. Ceci est important à noter pour l'opération. Cette espèce d'hydrocèle, à deux origines différentes, a été particulièrement observée par M. Huguier, qui proposait d'en faire un genre à part (1).

Il serait peu raisonnable de vouloir créer, sur ce motif, un genre à part d'hydrocèle ; on n'a pas plus de motifs que pour faire un genre à part de l'hydrothorax multiloculaire, tirant son origine des mêmes circonstances. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de ces hydrocèles à poches multiples, pour n'être point dans l'embarras durant le cours d'une opération, quand le cas se présente.

Qui ne connaît le coup de maître exécuté par Dupuytren en présence de son illustre confrère d'outre-Manche, Ast. Cooper? Dupuytren ayant à opérer, à l'Hôtel-Dieu, une hydrocèle devant le célèbre chirurgien anglais, offre l'instrument à son confrère, qui le refuse par le même sentiment qui avait porté Dupuytren à le lui offrir. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu plonge l'instrument dans la tumeur, et il n'en sort rien. Il annonce immédiatement qu'il s'agit d'une hydrocèle multiloculaire, et qu'en perforant successivement toutes les cloisons le liquide va s'écouler; c'est ce qui eut lieu.

Il n'est pas rare de rencontrer, avec l'hydrocèle, des altérations du testicule et de l'épididyme ; cette membrane est plus souvent malade que la glande séminifère. Tantôt elle est épaissie, indurée ; d'autres fois elle est le siége de petits kystes, de petites tumeurs cartilagineuses ; la glande elle-même peut s'indurer, devenir douloureuse, et souvent, dans ce cas, elle est le point de départ de l'hydrocèle, au lieu d'en être un effet. On observe également l'atrophie du testicule, et cette atrophie semblerait résulter de la pression exercée par le liquide de l'hydrocèle qui produirait sur lui une sorte d'étranglement. On comprend que, dans ce cas, la glande ait perdu une partie de ses propriétés. Dans l'hydrocèle du cordon, celui-ci subit aussi quelques altérations. Fréquemment il se tuméfie à tel point, que ses éléments se divisent pour contracter des rapports nouveaux, et l'artère

(1) *Compte rendu des travaux de la Société de Chirurgie*, juin 1851.

spermatique comme le canal déférent peuvent se porter au-devant de la tumeur. La pratique doit prendre en sérieuse considération cette circonstance.

Quoique, dans l'hydrocèle vaginale, la tumeur soit ordinairement au-devant du cordon, le contraire peut arriver par le grand volume de la tumeur qui, dissociant alors les éléments du cordon, peut faire que l'artère et le canal déférent se portent en avant comme dans le cas précédent.

Symptomatologie. Quand l'hydrocèle est simple, il est facile de la reconnaître; la symptomatologie est des plus claires. A-t-on à examiner une hydrocèle vers le commencement de sa formation? on a une tumeur molle, dépressible, fluctuante, indolore la plupart du temps, se distinguant parfaitement du testicule, qui reste fixé en bas et en arrière, et présentant déjà un aspect pyriforme. A une époque plus avancée, quand la poche kystique est pleine de sérosité, il y a alors tension, résistance de la part des parois. C'est une tumeur dure, pyriforme, ne se laissant pas déprimer, et ne permettant quelquefois pas de saisir une fluctuation profonde. Cependant, il faut dire qu'en cet état même une main exercée ne saurait confondre la résistance de cette tumeur et sa tension avec celles qu'offrirait une tumeur solide, qui présenterait à la pression un autre genre de dureté. Il y a toujours dans l'hydrocèle un certain degré de résistance élastique. Enfin, un dernier symptôme est propre à l'hydrocèle. Outre sa surface unie et son aspect pyriforme, il y a une certaine transparence de la part du liquide à la lumière, transparence qu'on peut percevoir en plaçant la tumeur entre une lumière artificielle et l'œil. On distingue alors, à travers cette transparence, l'obscurité produite par la présence de la glande séminifère. L'hydrocèle vaginale présente parfois un étranglement vers la partie moyenne, ce qui pourrait faire croire à une hydrocèle vaginale et à une hydrocèle du cordon. C'est l'hydrocèle que quelques auteurs appellent hydrocèle en gourde. C'est la pression de bandages mal construits, ou quelques brides dans la tunique vaginale, qui sont cause de cette dépression circulaire.

Ainsi que nous l'avons dit, dans l'hydrocèle vaginale, le testicule et l'épididyme sont placés en bas et en arrière; et tant que la tumeur reste molle et fluctuante, on peut sentir, avec la main,

ces parties dans cette position. Quand, au contraire, la tumeur est pleine, tendue, il faut avoir recours à la lumière pour voir, à travers la transparence du liquide, la place qu'occupent le testicule et l'épididyme, par l'obscurité qu'ils occasionnent en arrière et en bas de la tumeur. Si la transparence manque, il n'y a aucun moyen bien positif de s'assurer de la position de la glande séminale. On distingue l'hydrocèle vaginale congéniale de la précédente, en ce que la tumeur s'étend très-haut au-devant du cordon, qu'elle est molle, dépressible, et qu'elle s'efface complétement sous une pression méthodique de bas en haut, le liquide qu'elle contient s'échappant alors dans la cavité abdominale.

Les hydrocèles enkystées du cordon, n'importe de quelle variété, ne peuvent guère être confondues avec l'hydrocèle vaginale. En effet, elles occupent toujours la partie supérieure du cordon, quelquefois même elles siégent tout près de l'anneau. Dans tous les cas, elles laissent toujours au-dessous d'elles, dans le fond des bourses, le testicule et l'épididyme bien distincts. C'est presque toujours une tumeur appendue, de formes diverses, et ne pressant pas, comme l'hydrocèle vaginale, dans la partie inférieure. Il n'y aurait guère qu'un kyste développé très-bas dans le cordon, et bridé, qui pourrait se placer au-devant du testicule et simuler l'hydrocèle vaginale, ce qui est très-rare. Mais il y aurait encore cette circonstance qui le ferait distinguer, c'est que la peau du dartos n'étant pas distendue, et cependant la tumeur présentant, à travers cette peau mollasse, de la tension et ne se laissant pas déprimer, comme l'hydrocèle vaginale débutante qu'elle pourrait seule simuler à cause de son volume, on serait autorisé à penser qu'il s'agit d'un kyste placé très-bas dans le cordon. Enfin, quand l'hydrocèle du cordon résulte d'un ancien sac herniaire non oblitéré à son col, le liquide s'échappe dans la cavité abdominale par la pression, comme dans l'hydrocèle vaginale congéniale.

Marche, durée, terminaison, pronostic. L'hydrocèle tend à un accroissement continu si elle n'est combattue pendant son évolution. C'est ainsi qu'on voit quelquefois l'hydrocèle vaginale acquérir un volume fort considérable, distendre prodigieusement la peau du dartos, qui attire à elle celle de la verge, qui

semble alors rentrer et disparaître, au point que les malades, dans l'émission de l'urine, voient celle-ci couler sur les téguments des bourses, qu'elle finit par enflammer, corroder, si les soins de propreté ne sont continus.

Ce n'est pas là le seul inconvénient d'une tumeur aussi volumineuse, et même d'une hydrocèle qui l'est bien moins; il y a douleur et sensation pénible dans les aines et les lombes, par le tiraillement qu'elle exerce sur les nerfs du testicule. Une hernie peut aussi surgir consécutivement par la traction qu'elle exerce sur le péritoine, et, faut-il le dire enfin? l'acte de la copulation devient gêné, tandis que les appétits vénériens peuvent être puissamment amoindris par les conditions dans lesquelles se trouvent placés la verge et les testicules.

A l'état aigu, l'hydrocèle disparaît facilement par résolution; et ce qui le prouve parfaitement, c'est la promptitude avec laquelle s'efface l'épanchement qui survient après les injections irritantes, quand on opère une hydrocèle de longue date. L'hydrocèle chronique, au contraire, est d'un caractère tenace et tend sans cesse à l'accroissement. L'évacuation simple du liquide demeure tout à fait impuissante pour arrêter sa marche; rien ne prouve donc mieux sa nature persistante que la prompte reproduction du liquide, après son évacuation.

Est-il bien vrai qu'on ait observé des ruptures spontanées du kyste qui constitue l'hydrocèle? Si une violence extérieure, de quelque nature qu'elle soit, peut entraîner la déchirure du sac, il est plus que douteux qu'on ait jamais observé réellement une rupture spontanée, d'autant que, quand la tumeur se trouve dans des conditions de volume favorables à cette rupture, c'est-à-dire d'un volume fort grand, les parois du kyste ont ordinairement augmenté d'épaisseur et de densité. Les deux cas rapportés par Bertrandi et Sabatier, et reproduits par Blandin (*Dict. de Méd. et de Chir.*, loc. cit.), laissent le plus grand doute dans l'esprit, et font craindre que ces auteurs n'aient confondu un œdème des bourses, survenu après des maladies qui le suscitent ordinairement, avec la rupture du kyste vaginal, ou plutôt qu'ils n'aient rapporté faussement cet œdème à la rupture du kyste; car la seule preuve bien palpable qu'ils donnent de cette rupture est l'œdème des bourses qui lui aurait succédé.

Plus une hydrocèle est ancienne et volumineuse, plus les parois du kyste sont susceptibles d'être excitées, irritées par les mouvements, les frottements, suite de fatigues de la part des malades, quand ceux-ci n'ont pas le soin de maintenir exactement la tumeur au moyen d'un suspensoir bien conditionné. C'est cette irritation qui provoque souvent l'exsudation de matières plastiques qui s'ajoutent aux parois pour en augmenter l'épaisseur, et qui troublent la limpidité du liquide, clair et transparent auparavant.

Cette même irritation peut donner également lieu à une exsudation sanguine qui donne une coloration hématique à l'épanchement. Il faut en dire autant de tous les froissements et des contusions que la tumeur est exposée à recevoir dans ses diverses phases. Enfin, est-il besoin de dire que, par suite des mêmes causes, et durant le cours de l'hydrocèle, le testicule lui-même peut devenir malade, être le siége d'un sarcocèle, surtout si une cause spéciale a présidé à l'évolution de l'épanchement séreux? Cette complication est, sans contredit, la plus grave de toutes.

Diagnostic différentiel. Les maladies qui peuvent être confondues avec l'hydrocèle sont le sarcocèle, la hernie inguinale sortie du canal, le varicocèle et l'hématocèle. Voyons quels sont les caractères qui servent à les en distinguer. Le sarcocèle est une tumeur du testicule, débutant à l'état de dureté, augmentant de volume dans le même état, et présentant, à mesure qu'elle se developpe, des bosselures, des inégalités à sa surface. La tumeur du sarcocèle est douloureuse, en outre, à la pression, et souvent elle est le siége de douleurs lancinantes en dehors de la pression même. Son poids est en rapport avec la densité des tissus, c'est-à-dire considérable; et vue à travers une lumière artificielle, elle donne lieu à l'obscurité.

Connaissant les conditions de l'hydrocèle, nous voyons que son aspect pyriforme, sa surface égale et lisse, sont déjà des signes suffisants pour la distinguer du sarcocèle. Son poids est relativement beaucoup moindre. Sa transparence à la lumière, quand elle existe, est un excellent moyen de diagnostic différentiel. Elle n'est pas, comme le sarcocèle, le siége de douleurs lancinantes. La tension qu'elle présente, à une époque avancée, offre une certaine résistance élastique qui la distingue de la dureté

mate du sarcocèle. Enfin, quand l'hydrocèle n'est pas avancée, la mollesse et la dépressibilité de la tumeur sont plus que suffisantes pour la distinguer du sarcocèle, qui est dur, résistant, même au début.

Il n'y a guère que le cas où l'hydrocèle est compliquée d'épaississement de la tunique, qui pourrait la faire confondre avec le sarcocèle, parce qu'alors elle en présente presque toute la dureté et qu'elle a perdu sa transparence. Mais l'absence de douleurs lancinantes, et surtout le commémoratif, doivent préserver de l'erreur; car celui-ci apprend que le sarcocèle est dur à son début, tandis que l'hydrocèle est mollasse, fluctuante, dépressible à la même époque.

On ne pourrait confondre l'hydrocèle du cordon qu'avec le sarcocèle du testicule arrêté à l'anneau ou un peu au-dessous; mais les signes propres à l'hydrocèle, et que nous avons spécialement énumérés, sont plus que suffisants pour trancher la difficulté. La complication d'un kyste du cordon avec une hydrocèle multiloculaire, ou à parois épaisses, assez fréquente du reste, peut donner le change pour le diagnostic. Mais la fixité du liquide contenu dans le kyste et sa position éclairent bien vite.

Disons enfin qu'en cas de doute de la part du médecin il devra, avant d'entreprendre toute opération chirurgicale pour guérir l'hydrocèle, recourir à une ponction exploratrice, pour s'assurer positivement de la nature de la tumeur. Il se servira, à cet effet, d'une aiguille à coudre ordinaire d'une forte dimension, en piquant profondément la tumeur. Il s'apercevra bientôt, au défaut de résistance, s'il est arrivé dans un sac kystique; et, dans ce cas, en retirant l'aiguille, il s'écoulera quelques gouttelettes de liquide qui lui donneront des notions justes et précises sur la nature de l'épanchement.

La hernie inguinale ne peut pas davantage être confondue avec l'hydrocèle, car elle est réductible ou non. Si elle n'est pas réductible, on a le commémoratif qui indique que cette tumeur rentrait et sortait autrefois, qu'elle s'est développée de haut en bas, tandis que l'hydrocèle procède de bas en haut : celle-ci est transparente; il y a opacité dans la hernie. Nous ne supposons pas d'étranglement; car, alors, les signes de cet état pathologique mettent tout en évidence. Si la hernie est réductible, elle

ne peut offrir quelque similitude qu'avec l'hydrocèle vaginale congénitale ; mais on sait qu'en pressant celle-ci, le liquide qu'elle contient rentre dans la cavité péritonéale, sans aucune espèce de bruit, tandis que la réduction de la hernie s'accompagne d'un bruit caractéristique quand elle est intestinale. Un cas plus embarrassant peut se présenter, c'est celui où une hydrocèle se compliquerait de la présence d'une hernie inguinale.

Il serait peut-être impossible alors de ne pas commettre de méprise ; car il y aurait transparence et opacité dans les deux points différents, et gargouillement produit par la réduction de la hernie, qui serait suivie de la rentrée du liquide de l'hydrocèle dans l'abdomen. Le premier signe, la présence de l'opacité et de la transparence, pourrait seul préserver de l'erreur un praticien habile.

On ne saurait confondre longtemps la varicocèle et l'hydrocèle : outre les signes bien distincts qui les séparent, la première s'efface par la pression, et surtout par le repos horizontal.

Quoique l'hématocèle offre tous les caractères de forme et de position de l'hydrocèle, son apparition brusque à la suite d'un coup, d'une violence extérieure, sert de base à son diagnostic différentiel.

Pronostic. Le pronostic de l'hydrocèle diffère suivant qu'elle est vaginale ou qu'elle appartient au cordon, suivant qu'elle est congénitale ou non, enfin suivant qu'il y a induration, épaississement de la tunique vaginale ou non.

L'hydrocèle vaginale simple est plutôt gênante que dangereuse ; par son développement considérable, elle peut exposer à quelques incommodités, telles que la presque disparition du pénis, la gêne dans l'émission de l'urine et dans l'acte de la copulation. Quand elle est congénitale, au contraire, elle expose aux hernies, et repousse les injections irritantes pour sa cure, à cause de sa communication avec la cavité du péritoine et des dangers auxquels elle exposerait par ce mode de traitement.

Quand l'hydrocèle vaginale coexiste avec l'épaississement de la tunique, elle est plus grave, parce qu'elle nécessite, pour sa guérison, une opération qui n'est pas sans danger. La plus grave des hydrocèles du cordon est celle qui est formée par la présence

de la sérosité dans un ancien sac herniaire, plus ou moins oblitéré à son col.

Étiologie. Quelles sont les causes de l'hydrocèle? Cette question est difficile à résoudre, et ce serait se payer de bien faibles raisons que d'énoncer le défaut d'équilibre entre les fonctions d'exhalation et de résorption, en arrière desquelles il y a toujours une lésion matérielle plus ou moins occulte qui préside à ce défaut d'équilibre.

On peut dire, en général, que l'irritation de la tunique vaginale, à un degré plus ou moins prononcé, est la cause la plus palpable et la plus directe de l'hydrocèle, que cette irritation soit suscitée par l'action d'agents extérieurs, la fatigue, la pression, les coups, etc., qu'elle soit due à un excès dans les fonctions génératrices, qu'elle résulte de l'extension ou de la répercussion d'une irritation voisine, ou qu'enfin elle procède d'une cause à action plus générale, telle que le rhumatisme, la syphilis. Nous devons dire que, pendant longtemps, on s'était refusé à admettre l'influence rhumatismale sur la production de l'hydrocèle; rien ne démontrait, en effet, d'une manière rigoureuse, cette influence. Le docteur Notta (de Lisieux) vient de mettre ce fait hors de doute par la publication d'une observation précise et détaillée d'une hydrocèle de cette nature.

Sur un homme d'une trentaine d'années, et pris de rhumatisme aigu depuis quelques jours, il survint des douleurs semblables à des picotements d'aiguilles dans un testicule, puis une hydrocèle. Avec l'apparition de celle-ci, eut lieu la diminution des douleurs rhumatismales; à mesure qu'elles reprirent ensuite de leur violence, l'hydrocèle augmenta; puis elle diminua avec le rhumatisme, et disparut définitivement avec lui au bout d'un certain temps (1). On voit bien que cette hydrocèle était intimement liée à l'affection rhumatismale, dont elle suivit les phases pour disparaître avec elle. Si l'irritation de la tunique vaginale s'élève jusqu'à l'inflammation, on a alors, dans le liquide, la présence des produits de l'inflammation, des pseudo-membranes, des flocons albumineux, et même des globules de pus.

L'expérience ne confirme pas cet aperçu de certains auteurs,

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 14 août 1851.

savoir, que la varicocèle prédispose particulièrement à l'hydrocèle par l'arrêt que la circulation veineuse éprouve dans cette partie. Pour notre compte, sur un nombre assez considérable d'hydrocèles que nous avons observées, nous n'avons pas même pu noter plusieurs fois l'existence antérieure de la varicocèle.

Traitement. Le traitement de l'hydrocèle est curatif ou palliatif. Palliatif, quand, la maladie arrivée à un certain degré de développement, les malades se contentent de maintenir la tumeur avec un suspensoir, pour en éviter la gêne et l'incommodité, ou la font vider par une ponction ou une incision, mais pour la voir revenir à une époque plus ou moins rapprochée.

Le traitement curatif varie suivant que l'hydrocèle est aiguë, récente, peu développée, ou suivant qu'elle est ancienne, chronique, volumineuse, ou bien encore, suivant que la tunique vaginale a acquis une induration et une épaisseur insolites. L'hydrocèle est-elle récente, aiguë, à son commencement de développement ? quelques petites applications de sangsues, des applications froides, astringentes, styptiques, toniques, etc., en triomphent assez souvent et en procurent la résolution. C'est de la même manière que les frictions irritantes sur la peau du dartos, l'usage des vésicatoires sur la même partie, peuvent également en triompher. Disons aussi, qu'à ce point le kyste s'efface quelquefois de lui-même et par les seules ressources de la nature. — Mais quand l'hydrocèle est chronique, quand elle progresse au lieu de diminuer, qu'elle menace d'apporter de la gêne dans les fonctions génératrices, et qu'elle devient une incommodité peu supportable pour les malades, l'art est obligé d'intervenir d'une manière très-active pour en obtenir la guérison. C'est alors à une opération chirurgicale qu'il faut recourir. Nous ne ferons que rapporter pour mémoire les divers moyens mis en usage depuis plus ou moins longtemps, pour arriver immédiatement à la méthode qui en triomphe avec autant de promptitude que de sûreté, l'usage des injections iodées.

On ponctionnait autrefois l'hydrocèle, soit avec un trois-quarts, soit avec la lancette, pour obtenir l'évacuation complète du liquide ; mais, ainsi que nous l'avons dit, ce moyen n'était qu'un palliatif, l'épanchement ne tardait pas à se reproduire. On en vint alors à d'autres méthodes, à l'incision, à l'excision, à la cau-

térisation, au séton, à la tente. Par l'incision, on mettait à découvert la cavité du kyste, qu'on garnissait de bourdonnets de charpie, en vue d'entretenir une inflammation oblitérative. Par l'excision, après avoir mis la même cavité à découvert par une incision, on disséquait le kyste de façon à l'emporter par lambeaux. On comprend tous les dangers auxquels exposaient ces opérations.

La cautérisation se pratiquait tantôt au moyen de la potasse caustique, tantôt avec le fer rouge, de façon à obtenir une ouverture par voie d'escarre, et à déterminer ainsi l'inflammation de la surface interne du kyste.

Le séton, passé à travers la tumeur, et entretenu plus ou moins longtemps, n'avait pas d'autre but non plus que de déterminer une inflammation sur la même surface du kyste.

Enfin, pour établir la tente, il fallait pratiquer une incision qui, évacuant le liquide, mettait à découvert une partie de la surface interne de la tunique vaginale : on portait alors dans l'intérieur du sac une tente de charpie, d'étoupe, de linge, etc., dont le but était également de déterminer une inflammation adhésive.

Cependant, la méthode des injections irritantes portées dans le kyste vint bientôt remplacer tous ces moyens surannés et plus ou moins dangereux. C'est en Angleterre que cette méthode prit naissance ; on en doit la première application à un nommé Monro, homonyme de l'illustre chirurgien anglais. C'est avec l'alcool que ces injections étaient pratiquées. En peu de temps, cette méthode fut beaucoup plus en vigueur en France que de l'autre côté de la Manche. Le vin chaud, à 40 ou 50 degrés, fut le liquide définitivement adopté pour son usage. Dans ce vin, les uns faisaient infuser des roses de Provins, quelques autres y ajoutaient une légère quantité d'alcool.

Les injections vineuses obtinrent de nombreux et surprenants succès ; elles constituaient le traitement le plus généralement adopté pour la cure des hydrocèles. Elles n'étaient cependant pas exemptes d'inconvénients et de dangers graves. L'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané des bourses, jusqu'à la gangrène, des péritonites mortelles, tels étaient les accidents qui arrivaient parfois à la suite de leur emploi. En dehors de ces accidents, la récidive de l'hydrocèle se montrait assez fréquem-

ment, et l'oblitération du sac kystique ne suivait pas toujours leur emploi. C'est en vue de parer à tous ces désavantages et ces dangers des injections vineuses que, dès 1836, le professeur Velpeau pensa à leur substituer les injections iodées. Ses premières tentatives furent couronnées d'un tel succès, que ces nouvelles injections furent, en peu de temps, d'un usage généralement répandu, et qu'il ne leur fallut que la consécration de l'expérience rigoureuse de quelques hommes d'elite, pour supplanter d'une manière presque absolue les injections vineuses. Aujourd'hui qu'elles règnent en souveraines dans la thérapeutique de l'hydrocèle, il ne nous restera, après avoir rapidement établi le parallèle des deux genres d'injections, quant aux avantages comme aux inconvénients, il ne nous restera, disons-nous, qu'à expliquer la manière dont elles se pratiquent et les cas où elles sont applicables.

Nous avons déjà fait ressortir les inconvénients et les dangers des injections vineuses; nous devons ajouter que trois fois, entre les mains du célèbre Lisfranc, elles suscitèrent la mort par la péritonite qu'elles déterminèrent en fusant le long du cordon. Cependant Lisfranc était de taille à ne rien négliger dans le manuel opératoire. Nous disions, dans notre Mémoire sur les injections iodées, couronné en 1849 par l'Académie de médecine de Toulouse, page 15 : « Sur près de 1,200 observations d'hydrocèle que nous avons pu lire ou recueillir auprès de différents opérateurs, voici ce que nous avons pu remarquer: 1° 80 fois il y a eu récidive, dont 20 fois seulement entre les mains de M. Velpeau, qui en a bien opéré les 9/12 au moins: preuve évidente que la manière d'opérer et la proportion du mélange de la teinture sont pour quelque chose dans la réussite; 2° 25 fois seulement l'opération s'est compliquée d'accidents offrant un certain degré de gravité : jamais accident pareil n'a eu lieu entre les mains du professeur de la Charité ; 3° jamais la mort n'a été la conséquence des injections iodées, d'une manière prochaine ou éloignée : ce qui est le contraire pour les injections vineuses, puisque, n'ayant voulu tenir compte que de la pratique de M. Lisfranc, nous avons pu constater, à la suite des injections vineuses, 3 décès entre les mains de cet opérateur si remarquable.

Voulant ensuite établir quelle est celle des deux méthodes, injections vineuses et iodées, qui guérit le plus promptement, nous citions (pages 16 et 17 du même Mémoire) les faits remarquables de MM. les professeurs Bouisson, de Montpellier, et Fleury, de Clermont, où une double hydrocèle, chez le même individu, fut injectée avec le vin chaud d'un côté et la teinture d'iode de l'autre : dans le côté iodé, peu ou pas de douleur, prompte guérison ; dans le côté vineux, douleur très-vive, à réaction intense, guérison très-tardive, même pas complète à la sortie des malades de l'hôpital. M. Velpeau avait déjà fait plusieurs expérimentations semblables tout aussi concluantes ; et depuis, d'autres chirurgiens les ont encore répétées avec des résultats tout à fait analogues. Blandin est le seul, de tous les chirurgiens qui aient opéré ainsi de doubles hydrocèles, à conclure qu'en définitive les injections vineuses donnent le même résultat que les injections iodées, qu'il ne regarde pas comme exemptes de danger. Mais Blandin n'a point noté le temps que l'une et l'autre de ces hydrocèles ont mis à guérir. Il n'a point tenu compte non plus des douleurs ; et, disons le mot, ses observations manquent de cette précision si nécessaire en pareille matière. L'injection iodée est donc la méthode supérieure du traitement de l'hydrocèle. Nous avons déjà dit qu'elle est presque exclusivement et justement employée de nos jours. C'est celle que nous conseillons par-dessus tout, parce que nous-même, sur 17 opérations, avons eu 16 succès complets sans aucun accident, et un demi-succès sur une hydrocèle des plus volumineuses, avec induration et épaississement de la tunique vaginale. Il nous fallut venir à une deuxième opération pour obtenir la cure complète.

M. Chaumet, de Bordeaux, dans un travail adressé à la Société de Chirurgie de Paris, en janvier 1850, a groupé 100 hydrocèles opérées par lui au moyen des injections iodées. Il partage ces observations en trois séries : les hydrocèles simples, les doubles, et les hydrocèles compliquées. La cure, dans ces 100 cas, a été obtenue, en moyenne, dans l'espace de 12 à 15 jours.

M. Chaumet ne croit point que la cavité de la tunique vaginale disparaisse dans la cure radicale de l'hydrocèle.

Il résume ensuite son travail dans les deux propositions suivantes :

1° L'hydrocèle est une affection souvent liée à une orchite chronique ;

2° La cure est d'autant plus sûre et plus solide qu'on s'éloigne moins de l'époque de l'invasion.

Cette deuxième proposition, vraie au fond, tendrait, par son exagération, à faire soumettre à l'opération, des hydrocèles curables par d'autres moyens, tandis qu'en saine pratique on ne doit opérer que quand les autres médications plus simples ont échoué.

Voyons maintenant quelles sont les hydrocèles dans lesquelles on peut recourir aux injections iodées, et celles qui excluent leur usage. En citant d'abord ces dernières, nous aurons tracé tacitement le tableau des premières. Les hydrocèles vaginales congénitales excluent tout à fait les injections d'iode comme tous les autres modes opératoires. On comprend, en effet, qu'il y aurait danger imminent à porter l'injection dans un kyste dont l'ouverture se trouve en communication directe, supérieurement, avec la cavité du péritoine. Quoiqu'il ne soit pas certain que l'injection d'iode développât une péritonite intense, puisqu'on porte quelquefois ce liquide directement dans cette cavité, sans que cet accident arrive, il importe cependant de ne pas s'exposer, sans nécessité, à la possibilité d'un pareil résultat. L'hydrocèle du cordon, qui serait la conséquence de la réplétion, par la sérosité, d'un vieux sac herniaire non oblitéré à son col, se soustrait par le même motif à l'usage des injections d'iode. Pour ces deux cas, nous posons le veto absolu. En dehors d'eux, toutes les hydrocèles peuvent être opérées, les unes avec plus de chances de succès, les autres avec moins. Toute hydrocèle simple, vaginale, ou du cordon, a chance de guérison rapide par cette méthode de traitement. Elle doit être encore tentée, et elle donne même des résultats satisfaisants dans les hydrocèles qui se compliquent d'épaississement de la tunique vaginale, d'épididymite, et même d'orchite. La pratique de M. Velpeau compte d'assez nombreux succès dans des cas de complications pareilles. Donc, aucun d'eux ne repousse complétement les injections d'iode; les résultats en sont seulement relatifs. Il y a mieux : c'est que, d'après la pratique du professeur de la Charité, celle de M. Bonnet (de Lyon) (1), et

(1) *Traité des maladies des articulations.*

la nôtre, la teinture d'iode semble exercer une bienfaisante influence sur certaines orchites et épididymites, celles à cachet syphilitique; et dès lors, ces injections deviennent plus recommandées en cas de complications pareilles.

Nous n'insisterons pas sur les précautions à prendre pour faire d'abord la ponction évacuatrice: qu'il nous suffise de dire que le chirurgien, avant d'enfoncer le trois-quarts, doit s'assurer par tous les moyens possibles de la position du testicule et du cordon, par rapport à la tumeur; et que, dans le cas où ces organes ne se trouveraient pas dans leur situation habituelle, l'endroit à choisir pour pratiquer la ponction devra être tel, qu'il n'expose point à la lésion du testicule ni du cordon. La ponction doit être sous-cutanée pour prévenir et empêcher la pénétration de l'air atmosphérique dans la poche kystique, pendant comme après l'opération. C'est ainsi qu'on fera à la peau du dartos un pli transversal, dont on confiera les deux extrémités à des aides intelligents, et qu'on enfoncera le trois-quarts à la base de ce pli jusqu'à ce que le défaut de résistance annonce qu'on a pénétré dans la poche. La direction à donner à l'instrument doit être oblique de bas en haut, d'avant en arrière et de dedans en dehors, à moins de contre-indication par le déplacement du testicule et du cordon.

Durant l'évacuation du liquide, le chirurgien doit maintenir solidement la canule, en la poussant même un peu, pour empêcher son échappement de la cavité vaginale, pendant qu'avec l'autre main il embrasse assez exactement la tumeur et la comprime, pour en exprimer jusqu'aux dernières gouttes de liquide. L'orifice externe de la canule doit être bouché aussitôt que le liquide s'est écoulé et durant tout le temps qu'on met entre l'évacuation et l'injection.

L'injection doit être poussée lentement et graduellement. Inutile que la cavité soit exactement remplie par le liquide de l'injection, pourvu qu'en la malaxant la totalité de ses parois puisse être mise en contact avec lui. Dix minutes est le terme fixé par M. Velpeau pour laisser le liquide en demeure. C'est le temps que nous avons mis nous même dans tous les cas, et nous nous en sommes bien trouvé. Au bout de dix minutes, on l'évacue, moins un dixième environ qu'on laisse à demeure dans le kyste.

Une fois l'injection retirée, on abandonne à lui-même le pli fait à la peau. Celle-ci vient alors se placer au-devant de l'ouverture vaginale par son déplissement. On obture l'orifice externe avec un morceau de diachylum en sparadrap, ou un morceau de taffetas anglais. Aucune précaution à prendre ensuite, si ce n'est de soutenir les bourses et de garder quelques heures de repos.

A l'injection iodée succède d'habitude une douleur très-faible, et un empâtement de la tumeur, empâtement de bon augure. C'est la preuve d'épanchement de matières plastiques dans le sac, matières qui doivent servir de moyen d'adhésion entre ses parois.

Le degré auquel M. Velpeau emploie, d'habitude, la teinture d'iode est au tiers, 10 grammes de teinture pour 20 grammes d'eau distillée. La température doit être de 28 à 35 degrés. Nous avons pris l'habitude d'ajouter à cette solution une certaine quantité d'iodure de potassium, 1 gramme pour 20 grammes de teinture. C'est une saturation nécessaire pour réparer les pertes qu'éprouve la teinture par sa rapide volatilisation au contact de l'air. Les accidents consécutifs, s'il en survenait, devraient être combattus suivant leur nature. Le plus fréquent est celui qui résulte de l'épanchement d'une certaine quantité de liquide iodé dans le tissu cellulaire sous-cutané, par suite du retrait de la canule au moment ou pendant l'opération. Nous avons indiqué les précautions à prendre pour éviter cet accident; nous devons en ajouter encore une. L'opérateur doit avoir soin, en retirant la canule, de refouler aussi exactement que possible, avec l'autre main, vers la tunique vaginale, la portion des téguments qui avoisinent l'instrument, et de retirer ensuite celui-ci avec rapidité.

Si, cependant, envers et contre toutes les précautions, cet accident avait lieu, il ne faudrait pas craindre d'exprimer, par l'ouverture tégumentaire, au moyen de pressions bien faites, la plus grande portion du liquide extravasé, et prévenir ensuite l'inflammation consécutive par des compresses d'eau froide fréquemment renouvelées.

Nous regretterions de passer sous silence une méthode mise en usage par un chirurgien éminent, pour la cure de l'hydrocèle comme de beaucoup d'autres kystes. M. Jules Guérin, après avoir fait la ponction sous-cutanée, extrait le liquide avec

ses instruments, une seringue à succion hermétiquement adaptée à la canule. En exprimant ainsi le liquide par succion, ce chirurgien prétend développer, sur les parois internes des kystes, une inflammation suffisante pour provoquer leur adhésion. Ses succès seraient assez nombreux, s'il faut l'en croire ; nous pouvons dire, en tout cas, lui avoir vu mettre cette méthode en pratique, avec succès, sur des kystes autres que l'hydrocèle. Elle est tout à fait exempte d'accidents consécutifs, et, ne serait-ce que pour ce motif, elle mérite de prendre rang dans la science et doit être recommandée aux praticiens.

Il est encore une autre méthode de traitement qui, tout récemment, a tenté de se faire jour, par un mémoire lu à l'Académie des sciences (séance du 9 décembre 1850) ; elle est due à notre honorable chef, M. Baudens. Cette méthode s'annonce par des prétentions remarquables. Du reste, 200 observations, dit l'auteur, servent de base à son impatronisation. Frappé de tous les inconvénients et des dangers des méthodes précédentes, et attribuant la plupart des insuccès, comme des accidents dont elles sont suivies, à ce qu'elles ne s'adaptent pas à la sensibilité de la tunique vaginale, variable suivant chaque individu, M. Baudens a cherché un moyen pour parer à tout cela. Il a d'abord modifié la manière de pratiquer la ponction, et, pour la matière à injection, il procède, pour le choix, du simple au composé, comme nous le verrons. M. Baudens se sert, pour la ponction, 1° d'une canule percée à trois endroits, aux deux extrémités, et à son centre par une espèce d'œil ouvert ; 2° d'un mandrin terminé par un fer de lance acéré, et destiné à glisser dans la canule et à perforer les téguments et la tunique vaginale ; 3° enfin, d'une deuxième tige ou cylindre destiné à oblitérer complétement la cavité de la canule, quand besoin est.

M. Baudens ne veut pas qu'on ponctionne la tumeur à la manière ordinaire. Il fait préalablement une ponction avec une lancette, et, dès que de la sérosité s'écoule, il fait faire un grand pli par un aide, après s'être assuré auparavant de la position du testicule et du cordon. Ce pli partage la tumeur en deux. Chacune des parties contient du liquide ; alors il enfonce la canule munie de son mandrin par l'ouverture pratiquée avec la lancette ; puis, faisant saillir l'extrémité acérée du mandrin sur le point diamétrale-

ment opposé, après s'être assuré qu'il n'intéresse ni le cordon ni la glande séminifère, il la fait sortir par ce point. Ainsi, la tumeur se trouve traversée à son centre. Il retire alors le mandrin, et laisse la canule, dont les deux extrémités restent libres au dehors. La sérosité s'écoule par ces deux extrémités. Ce premier temps de l'opération exécuté, reste l'injection à faire. L'auteur commence d'abord par laisser la canule en place, 2, 3 et même 4 jours, pour qu'elle soit en communication avec la tunique vaginale le temps nécessaire pour l'exciter convenablement. « Comme l'irritabilité de cette tunique m'est inconnue, dit M. Baudens, j'agis sur elle par des moyens doux et gradués dans leur action. Ainsi, le premier jour, je fais plusieurs injections d'air ; si elles sont insuffisantes, le deuxième jour j'injecte de l'eau ; si l'eau n'agit pas assez, je la remplace, le troisième jour, par de l'eau animée d'azotate d'argent (5 centigrammes pour 120 grammes de liquide), ou bien avec un peu d'eau de Cologne. Le vin, l'iode dont M. Velpeau a étendu l'usage avec tant de succès en chirurgie, conviendraient également, et trouveraient leur place dans l'échelle ascendante des topiques irritants. J'ai l'habitude de retenir dans le sac les injections d'air, d'eau, et même d'eau chargée d'un principe irritant, pendant plusieurs heures, à moins que l'apparition de douleurs n'oblige à les faire plus tôt sortir. » M. Baudens cite ensuite, en faveur de sa méthode, 200 opérations d'hydrocèle, qu'il répartit ainsi : 39 guéries par de simples injections d'air, 47 par l'air et l'eau, et 114 où il a employé l'air, l'eau et l'eau animée d'azotate d'argent ou de tout autre liquide excitant. 20 fois l'inflammation a dépassé les limites et a dû être réprimée, soit 1 fois sur 10 ; 3 fois il y a eu formation d'abcès, et 1 fois d'escarre. On voit que la méthode perfectionnée et compliquée de M. Baudens est supérieure, pour les accidents, à celle des injections iodées. Nulle part on ne pourra constater, pour celle-ci, 1 accident sur 10. Comment en serait-il autrement, quand M. Baudens emploie, comme l'injection la plus douce, celle de l'air atmosphérique, tandis que nous prenons tant de soin, nous, pour éviter sa pénétration dans le sac, pénétration que les faits nous ont prouvée comme cent fois plus dangereuse que l'injection d'iode? Cependant nous n'aurions pas voulu oublier de faire

mention du procédé du célèbre chirurgien militaire, ne serait-ce que pour tenir les lecteurs au courant de la science.

Enfin, nous devons dire, avant de terminer, que la méthode de l'excision devient encore nécessaire quelquefois pour guérir ces vieilles hydrocèles avec hypertrophie considérable de la tunique vaginale et induration de son tissu, ou celles multiloculaires ou à loges multiples et de vieille date aussi. En emportant alors cette membrane par lambeaux, on est sûr d'obtenir l'adhésion du tissu cellulaire avec l'épididyme et la disparition absolue du kyste. Toutefois, en raison des dangers consécutifs auxquels expose cette opération, on ne devra y avoir recours qu'autant qu'on se sera assuré que les injections iodées restent impuissantes.

Suivant M. Gosselin, l'épaississement de la tunique vaginale ne provient que de l'adossement de plusieurs couches pseudo membraneuses qui n'acquièrent pas, pendant un temps très-prolongé (10 ans environ), des adhérences solides avec la face interne de cette tunique. Dans ces cas, M. Gosselin propose, comme méthode opératoire, d'inciser la tunique vaginale et d'énucléer les pseudo-membranes, qui se détachent avec facilité. On établit ensuite une inflammation adhésive de la tunique, au moyen de tampons de charpie maintenus dans l'intérieur du sac.

Dans les hydrocèles multiloculaires, si on parvient à faire communiquer les poches ensemble par une ponction bien dirigée, les injections iodées ont encore chance de guérir. Dans le cas contraire, il convient de pratiquer l'incision, puis d'essayer l'énucléation proposée par M. Gosselin; et si l'énucléation ne pouvait se faire, on ne devrait pas craindre d'emporter toutes ces poches avec une portion de la tunique vaginale.

Art. 7. — De l'hydarthrose.

L'hydarthrose est l'hydropisie des articulations; son étymologie, de ὕδωρ, eau, et ἄρθρον, jointure, l'indique suffisamment. Cette affection n'a été bien connue que de la chirurgie moderne (1);

(1) Voyez la Discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, au sujet d'un mémoire de M. J. Roux (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1847, t. XI, p. 289 et suiv.).

car on peut se convaincre facilement que les chirurgiens anciens, ceux du moyen âge, et même du siècle dernier l'ignoraient complétement, ou ne la connaissaient que très-imparfaitement.

L'hydarthrose fait partie des hydropisies, et ne saurait en être séparée, non par le motif qu'elle puisse apparaître sous la forme d'essentielle, ainsi qu'on a prétendu et qu'on prétend encore que cela a lieu pour les autres hydropisies, mais parce que c'est une collection extranormale du produit naturel d'une synoviale dans sa cavité, comme les autres hydropisies sont une collection extranormale aussi du produit naturel de la séreuse dans la cavité qu'elle forme. On sait que nous n'admettons pas les hydropisies essentielles; nous nous sommes largement expliqué là-dessus. Sous ce rapport donc, l'hydarthrose ne s'éloigne en rien des autres suffusions séreuses; elle nous paraît toujours, comme elles, le produit d'une lésion matérielle, plus ou moins appréciable; elle appartient donc rigoureusement à la classe des hydropisies.

Altérations anatomiques. Les altérations anatomiques de la synoviale et des parties contiguës, après l'hydarthrose, peuvent toujours être constatées à l'autopsie, et présentent des degrés variables, suivant le point auquel est arrivée l'affection et les complications dont elle s'est accompagnée. Dans l'hydarthrose récente, la synoviale est rouge, injectée; la matière épanchée en quantité variable est jaunâtre, filante, peut contenir des traces plus ou moins prononcées de flocons albumineux, tandis que les cartilages articulaires sont intacts. L'injection vasculaire de la synoviale est d'autant plus prononcée qu'on l'examine plus près de ses replis, des franges synoviales.

Dans l hydarthrose ancienne, la synoviale se montre épaissie, fongueuse, violacée, offrant un aspect velouté sur sa face interne. Souvent, alors, les cartilages sont détruits ou soulevés comme des lames organiques. Quand ils manquent complétement, il y a au-dessus de l'os un tissu rougeâtre, fongueux, velouté, et se continuant avec la synoviale dégénérée, mais bien distinct de cette membrane. C'est là une preuve que l'inflammation s'est étendue aux têtes osseuses, puisque ce tissu n'est qu'un développement du parenchyme cellulaire de ces têtes qui se montrent à nu par la résorption des cartilages articulaires. Contrairement

à l'opinion de Blandin, ce n'est pas là le produit d'une synovite simple, mais bien d'une ostéite consécutive, préexistante ou concomitante; car chaque altération de tissu donne lieu à des produits dont les qualités lui sont propres.

L'hydarthrose peut siéger dans toutes les articulations; mais ce sont celles des membres inférieurs qui en sont le plus fréquemment affectées, autant par le genre de mouvements qu'elles supportent, les chocs extérieurs auxquels elles sont plus particulièrement exposées, que par le genre ginglymoïdal qu'elles affectent, pour la plupart. Il est également d'observation que les autres articulations ginglymoïdales sont plus fréquemment le siége de l'hydarthrose.

Étiologie. En parlant de l'étiologie de cette affection, nous répéterons ce que nous avons déjà dit au sujet de l'hydrocèle, savoir, que la rupture d'équilibre entre les fonctions d'exhalation et d'absorption n'indique rien, et cache toujours derrière elle une cause matérielle de ce trouble. Cette cause matérielle ne saurait siéger ailleurs que dans la congestion, l'irritation ou l'inflammation de la synoviale, quels que soient, au reste, les motifs qui aient suscité ces états divers.

En tête de ces motifs, viennent se ranger, comme plus matériellement appréciables, les coups, les chutes, les froissements, les diverses violences exercées sur les articulations. On ne peut méconnaître encore ceux qui procèdent d'une source plus générale, la syphilis, la goutte, le rhumatisme, l'érysipèle, qui, sous une influence localisée à telle ou telle articulation, déterminent la congestion, l'irritation, ou l'inflammation de la synoviale. Les faits de ce genre sont trop nombreux dans la science pour qu'on puisse essayer de révoquer en doute l'influence que mettent au service du développement de l'hydarthrose ces principes morbides généraux; et leur action ne peut s'expliquer autrement que par les trois modes que nous venons d'énumérer, en leur conservant toutefois le cachet spécial de l'affection générale.

Symptomatologie, marche, durée, terminaison, pronostic. Pour bien apprécier la symptomatologie de l'hydarthrose, il faut la considérer dans ses différentes phases, suivant qu'elle est à son début ou à une époque avancée, suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Enfin, le genre d'articulations qu'elle affecte imprime

aussi aux symptômes des nuances qu'il importe de bien saisir.

A quels signes peut donner lieu l'hydarthrose à son début? Si elle procède avec acuité, on a tout bonnement des symptômes de congestion articulaire, de phlegmasie de synoviale; car il n'y a alors encore que très-peu ou pas d'épanchement opéré dans la cavité articulaire. Quand elle est chronique, latente, à son origine, soit par effet de dispositions individuelles, soit par inertie de la part des causes mises en jeu, tout est obscur, indécis, jusqu'à ce que l'épanchement intra-articulaire vienne révéler la nature de l'affection à laquelle on a affaire. Quand le malade présente les phénomènes d'une inflammation prononcée et vive de l'articulation ou du moins de la synoviale, il y a douleur aggravée par les mouvements et la pression, impuissance ou difficulté de la locomotion, quelquefois de la rougeur et plus souvent une chaleur vive sur l'article, et tout cela avec une réaction générale plus ou moins intense. Dans ce cas, à mesure que les phénomènes inflammatoires décroissent, on voit l'articulation malade qui se tuméfie, non pas uniformément, mais en présentant des saillies sur les points où la synoviale forme des expansions qui se trouvent en dehors des ligaments ou des attaches tendineuses; c'est ainsi, par exemple, que, dans l'articulation du genou, il se forme des reliefs plus ou moins prononcés sur les côtés du ligament rotulien, au-dessous de la rotule, et sur les côtés de l'attache du tendon de la portion moyenne du triceps au-dessus de cet os. Parfois, sans qu'aucun symptôme un peu saillant se soit montré du côté de l'articulation, on voit survenir, après une certaine gêne de cette partie, un gonflement qui marche avec promptitude et laisse percevoir une fluctuation non douteuse dans la cavité articulaire. Bientôt les saillies anormales dont nous avons parlé se prononcent, et le membre prend une attitude de demi-flexion dans le sens de l'article. L'hydarthrose est alors consommée.

Quand la cavité articulaire est ainsi placée, le membre prend différentes attitudes, suivant le genre auquel appartient l'articulation. C'est ainsi que, quand il s'agit d'hydarthrose d'articulation ginglymoïdale, il y a flexion du membre au niveau de l'articulation, les ligaments latéraux se mettant dans un état de relâchement pour procurer plus d'écartement aux surfaces articulaires,

faciliter le développement de la cavité et empêcher le plus de gêne possible pour le malade. S'agit-il, au contraire, d'épanchement dans une cavité orbiculaire, le membre se place, pour les mêmes motifs, dans une position moyenne entre l'extension et la flexion, l'abduction et l'adduction.

C'est dans cette période avancée de l'hydarthrose que les douleurs sont sourdes ou presque nulles, à moins de complication, et que les malades se font aisément illusion sur la portée de leur maladie. Si on exerce alors, avec les deux mains, des pressions alternatives et en sens opposé sur l'articulation, on perçoit une fluctuation manifeste dans la cavité, si toutefois celle-ci est superficiellement placée. Dans le cas contraire, la fluctuation reste profonde, obscure, et nécessite un tact exercé pour être décelée. La fluctuation est le seul signe pathognomonique de l'hydarthrose. Le gonflement articulaire a bien une valeur relative de grande importance; ce gonflement acquiert surtout de la valeur quand les points de la synoviale, qui ne sont point comprimés par des attaches ligamenteuses ou tendineuses, s'élèvent au dessus du niveau de la surface articulaire pour former des reliefs, comme nous l'avons dit déjà. Réuni au signe précédent, il forme avec lui le double caractère évident de l'hydarthrose.

Il n'est point rare de voir l'hydarthrose apparaître avec une rapidité surprenante, en même temps qu'elle s'accompagne de douleurs vives et aiguës dans l'articulation affectée : telle est celle, surtout, qui survient dans le cours du rhumatisme articulaire; mais il est tout aussi commun, quand on l'a vue se former avec cette promptitude, d'assister à une résorption aussi rapide durant le cours de cette maladie. C'est ici qu'on observe le plus fréquemment ces épanchements articulaires qui, comme les douleurs qui frappent les articulations, s'effacent subitement dans une pour en atteindre une autre.

L'issue de l'hydarthrose est la résolution, ou sa prolongation en déterminant des ravages variables dans la cavité articulaire, en un mot, son passage à l'état chronique. La résolution est la terminaison la plus ordinaire. Mais quand la maladie affecte des sujets scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, des enfants lymphatiques même, elle se complique souvent d'autres altérations de l'articulation, par l'extension de l'inflammation à cachet spécial.

Ces altérations elles-mêmes deviennent cause d'entretien de l'épanchement synovial ; ou bien encore, l'hydarthrose succède, et cela arrive souvent, à ces altérations préexistantes, et alors son caractère est d'autant plus grave, puisqu'elle n'apparaît que comme une superfétation de la maladie principale. C'est ainsi que l'hydarthrose peut aboutir à ces altérations diverses qu'on a comprises sous la dénomination de tumeur blanche, ou qu'elle peut en être la conséquence. Ces diverses altérations sont le ramollissement des cartilages diarthrodiaux qui se résolvent en filaments implantés sur les surfaces osseuses, et libres dans les jointures, ou bien qui s'enlèvent par lames, sont résorbés et laissent à nu l'extrémité osseuse. Les têtes osseuses peuvent, à leur tour, se ramollir, devenir friables, se montrer fongueuses là où elles étaient tapissées autrefois par les cartilages, comme aussi elles présentent quelquefois un aspect éburné. Du pus se forme dans l'articulation et remplace la synovie ou du moins se mêle à elle ; les ligaments se ramollissent ; la synoviale devient fongueuse, veloutée ; les parties ambiantes à l'articulation peuvent se ramollir à leur tour, et donner lieu à de petits abcès multiples, périarticulaires ; la fièvre hectique finit par s'allumer, et le malade succombe alors aux ravages de la tumeur blanche dont l'hydarthrose peut bien avoir été le point de départ, mais non la cause efficiente, et qui, après tout, n'en reste qu'un des phénomènes plus ou moins importants. Dans ces cas désespérants, l'amputation reste comme ressource unique pour préserver le malade d'une mort à peu près certaine.

Mais nous ne saurions le répéter avec trop d'insistance, telle n'est point la marche ordinaire ni l'aboutissant de l'hydarthrose. Il faut des prédispositions individuelles prononcées, une diathèse, pour que la même cause qui a donné lieu à l'épanchement synovial puisse pousser jusqu'à l'évolution d'accidents pareils. Rarement l'inflammation pure et simple est susceptible de déterminer tant de désordres.

L'hydarthrose, compliquée de ces désordres articulaires qui constituent le résultat des tumeurs blanches, se termine quelquefois par ankylose, ou soudure, entre elles, des extrémités articulaires dénudées de leurs cartilages d'incrustation ; et c'est cette disparition des cartilages qui rend la soudure possible. Dans ce

cas, la cavité articulaire disparaît. Souvent encore, à la résorption de l'hydarthrose, sans altération notable des parties intra-articulaires, succède ce qu'on appelle une fausse ankylose. C'est tout simplement une roideur articulaire sans soudure des têtes osseuses, roideur qui résulte de la rétraction des ligaments, des tendons d'attache qui avoisinent l'article, d'un ratatinement des expansions capsulaires, comme du racornissement de tous les tissus mous avoisinants, et qui peuvent avoir participé au travail inflammatoire qui a frappé la synoviale. Cette même roideur, ou fausse ankylose, peut provenir aussi de l'organisation de pseudo-membranes dans le sein de la cavité articulaire, et qui, en se solidifiant, adhèrent d'une manière plus ou moins intime avec les deux feuillets de la synoviale.

Il résulte donc évidemment de toutes ces considérations que l'hydarthrose pure et simple, quand elle ne rencontre pas sur son passage de prédispositions fâcheuses, est une maladie de peu de gravité et à résolution facile; qu'elle est grave, au contraire, quand, primitive, elle rencontre des éléments propres à la propagation de l'inflammation dans les autres parties articulaires, et que, surtout, ces éléments lui impriment un caractère spécial, quand elle s'accompagne de tumeur blanche ou qu'elle lui est consécutive : sa gravité relève alors de celle de cette dernière affection. C'est assez dire que l'âge, la constitution, le tempérament et les diathèses sont les mobiles de la gravité qu'elle peut affecter. C'est sous le même rapport qu'elle revêt aussi, à ses diverses périodes, des degrés divers. Peu redoutable au début, ou quand elle est peu prononcée, elle donne de sérieuses inquiétudes quand elle est passée à l'état chronique, quand elle a acquis un développement considérable. Dans ces circonstances, en effet, tout est à craindre : perte du membre, terminaison par vraie ou fausse ankylose, et cela parce qu'elle peut passer à la tumeur blanche ou se compliquer de lésions des parties circonvoisines.

Diagnostic différentiel. Le diagnostic de l'hydarthrose, peu difficile quand elle est bien développée et qu'elle se montre avec ses caractères propres, est beaucoup plus obscur à son début. L'arthrite, la tumeur blanche, et certains abcès périarticulaires développés en dehors de la synoviale, telles sont à peu près les affections qui peuvent être confondues avec elle. Examinons ra-

pidement quels sont les signes au moyen desquels on peut la distinguer d'avec elles.

Si l'hydarthrose, à son début, peut être confondue avec l'arthrite, celle-ci est accompagnée cependant de douleurs tellement vives, d'un appareil de réaction tellement prononcé, qu'il est difficile à un médecin expérimenté de se faire illusion. En effet, l'hydarthrose pure et simple est loin d'offrir ce cortége de douleurs, même dans sa période la plus aiguë. Dans l'arthrite, le moindre mouvement exaspère les douleurs, la locomotion est même tout à fait empêchée; dans l'hydarthrose, la locomotion s'exécute assez bien, au contraire, à part une certaine gêne, et les mouvements articulaires entraînent peu d'exaspération dans les douleurs; enfin l'hydarthrose, à cette période, n'offre aucun des phénomènes de réaction que présente l'arthrite. Il n'y a que celle qui se lie au rhumatisme articulaire aigu qui offre l'acuité des douleurs et la réaction propre à l'arthrite; mais alors le caractère spécial du rhumatisme tranche toute difficulté, et d'ailleurs la mobilité de l'hydarthrose consécutive ne laisse plus place au doute.

Peut-on réellement confondre une hydarthrose avec une tumeur blanche? Cela est matériellement impossible, tant qu'il ne s'agit que d'une hydarthrose bien franche. En effet, l'époque où il pourrait y avoir confusion entre ces maladies articulaires est celle où le genou a acquis un développement assez considérable par suite de désordres morbides. Eh bien, alors, la tuméfaction qui s'est emparée de l'articulation diffère essentiellement dans la tumeur blanche et l'hydarthrose. Dans le premier cas, c'est une tuméfaction qui a gagné toute l'articulation d'une manière presque uniforme; si quelques parties paraissent plus saillantes, ce sont précisément celles qui représentent des saillies osseuses : telles sont les tubérosités internes et externes du tibia et du fémur, au genou. Dans l'hydarthrose, au contraire, la tuméfaction n'est pas uniforme. Il y a des saillies correspondantes aux expansions capsulaires qui ne sont point maintenues par des ligaments ou des attaches tendineuses. C'est ainsi qu'au genou on remarque des saillies au-dessous et au-dessus de la rotule, sur les côtés du ligament rotulien et du tendon de la portion antérieure du triceps, et que la rotule, quoique soulevée par le liquide articulaire, reste encore déprimée au milieu de ces saillies. Enfin, un caractère

essentiellement distinctif de l'hydarthrose, au milieu de tous les autres, c'est la sensation de fluctuation que perçoit la main appliquée sur une partie de l'articulation, tandis que l'autre presse par secousses la partie opposée, en refoulant le liquide. Dans la tumeur blanche, il y a absence de toute fluctuation. Il peut bien y avoir un œdème cellulaire, mais qui ne saurait en imposer pour une fluctuation véritable. Enfin, si la tumeur blanche se complique d'hydarthrose, on a alors, avec les caractères de la première, la fluctuation de la seconde, et la complication est reconnue.

Quant aux abcès périarticulaires, le commémoratif, les points isolés et en dehors de l'articulation envahis par l'inflammation, la fluctuation circonscrite et ne pouvant, sous l'influence de la pression, se faire sentir d'un point à l'autre de l'articulation, sont des circonstances plus que suffisantes pour empêcher qu'on ne les confonde avec l'hydarthrose.

Traitement. Le traitement varie suivant que l'hydarthrose est à son début, période inflammatoire ou d'irritation, ou suivant que l'épanchement est effectué dans le sein de la cavité articulaire.

Dans la période d'irritation ou d'inflammation, les saignées locales, les applications froides, astringentes, styptiques, les antiphlogistiques, en un mot, sont parfaitement adaptés. Quoi de plus rationnel, en effet, que ces moyens pour dissiper un état congestionnel ou inflammatoire! Les cataplasmes ne peuvent avoir une valeur réelle qu'autant qu'on les rend résolutifs par l'addition d'une quantité de sous-acétate de plomb liquide. Le repos et le relâchement de l'articulation concourent puissamment aussi à la résolution.

Quand l'épanchement est effectué, le mode de traitement change. C'est aux frictions sèches sur la partie malade, aux vésicatoires volants qu'il faut avoir recours. Rien de plus efficace, ainsi que le démontre la pratique de M. Velpeau, que les grands vésicatoires embrassant toute l'articulation et répétés souvent. Les applications résolutives, telles que l'eau blanche, l'alcool camphré, rendent encore des services à cette époque. Les rubéfiants de toute espèce trouvent aussi leur indication. Un moyen qui jouit d'un grand effet, c'est la compression méthodique de l'articulation, préconisée par Bell, et jointe à l'immobilité complète du membre. Des compresses graduées doivent être placées alors sur

les parties où la synoviale n'est point soutenue par des ligaments ou des attaches tendineuses. L'application de ce bandage était autrefois accompagnée de la pose, sous le jarret ou dans le creux articulaire, de gouttières en bois ou en fer-blanc, et garnies suffisamment d'ouate ou d'étoupes pour remplir le vide, afin de maintenir le membre dans l'immobilité la plus absolue. Aujourd'hui, on substitue avec avantage, à ces moyens, le bandage dextriné, ou des bandelettes enduites de collodium. Ces applications ont l'avantage de se mouler exactement sur le membre, et de former, en se desséchant, des gouttières qui emboîtent exactement l'articulation en laissant un certain jour entre la partie et les bandelettes.

Les cautères et les moxas éparpillés sur l'articulation sont des exutoires d'une grande ressource, quand l'hydarthrose a résisté à tous les moyens précédemment indiqués. On peut, au reste, les employer concurremment avec la compression, en ayant soin de fenêtrer le bandage, une fois desséché, au niveau des plaies résultant de l'escarrification. Cette pratique a été couronnée de succès remarquables entre les mains de chirurgiens du premier ordre. Quand l'hydarthrose semble se lier à une affection syphilitique, à une gonorrhée, et il y en a, il faut savoir recourir aux frictions mercurielles sur l'article, aux préparations mercurielles à l'intérieur, à l'usage du copahu ou des autres balsamiques antigonorrhéens.

Dans deux cas remarquables, nous avons personnellement triomphé ainsi d'hydarthroses rebelles, et qui nous parurent liées à une syphilis récente. L'hydarthrose résolue, il reste fort souvent une roideur articulaire due à la rétraction ligamenteuse et tendineuse, à une certaine induration des tissus ambiants. Le massage répété de l'articulation, les bains de vapeurs, les bains et douches sulfureux sont alors spécialement indiqués, et triomphent presque toujours de ces accidents secondaires.

Mais quand l'hydarthrose résiste à tous les moyens que nous venons d'indiquer, et qui sont ceux qu'une longue expérience a dictés aux médecins des divers âges, que reste-t-il à faire? Avant de parler de la ponction de l'articulation, nous devons mentionner une méthode de traitement qui a eu un certain retentissement, et qui a été justifiée par de nombreux succès : c'est le tartre stibié donné à hautes doses. Cette méthode a été impatronisée par notre distingué confrère, M. Gimelle. Un mé-

moire lu par lui devant l'Académie de médecine (1) et les nombreuses observations qu'il a publiées, témoignent effectivement en faveur de cette méthode. M. Gimelle va même jusqu'à prétendre qu'il n'y a pas d'hydarthrose capable de résister à ce traitement, prétention un peu exagérée sans doute. M. Gimelle varie les doses d'émétique, de 20 à 80 centigrammes, en 24 heures. Rarement il lui est arrivé de dépasser cette dernière dose. La résorption s'est constamment effectuée, entre ses mains, dans une moyenne de 8 à 15 jours.

D'après ce que nous venons de dire, il devient presque impérieux, pour le médecin, de mettre en usage la méthode de M. Gimelle avant de recourir à une opération contre l'hydarthrose rebelle. Mais enfin, quand ce moyen de traitement reste impuissant, comme les autres, contre l'hydropisie articulaire, et cela arrive, la médecine doit-elle se résoudre à l'impuissance? On conseillait autrefois, dans ces cas, de recourir à la paracentèse de l'articulation pour évacuer le liquide contenu. Cette opération, qui faisait disparaître la collection synoviale pour un moment, n'empêchait point son retour, et avait le funeste inconvénient de susciter fréquemment des accidents graves par suite de la pénétration de l'air dans l'intérieur de la cavité. Il est vrai de dire que la paracentèse articulaire n'était guère employée, autrefois, que quand on supposait que l'articulation renfermait du pus. Quoi qu'il en soit, elle donnait des résultats si peu satisfaisants, qu'elle finit par être frappée de réprobation générale, à tel point que Blandin, dans son excellent article sur l'hydarthrose (2), ne craint pas de jeter le blâme sur l'un des deux cas dans lesquels son excellent maître Boyer en conseillait encore l'emploi, et que voici : 1° Lorsque l'hydropisie articulaire est compliquée de la présence d'un corps étranger formé dans l'articulation; 2° lorsque la maladie est très-considérable, accompagnée de douleurs plus ou moins vives, et qu'elle empêche les mouvements de l'articulation, soit qu'elle ait été précédée d'une forte inflammation, ou qu'elle se soit formée lentement sans cause connue.

Ainsi, Blandin voulait bien que, pour le premier cas, on portât

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1840, t. V, p. 344.
(2) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. X, p. 86.

l'instrument dans l'articulation, mais plutôt dans la vue de la débarrasser du corps étranger que pour la vider de l'épanchement, et prohibait hautement cette pratique dans le second.

On voit d'après cela que, même au temps encore récent où ce célèbre chirurgien émettait ces principes, il y avait une foule de membres condamnés à l'impuissance du mouvement, quand ils n'étaient pas menacés de plus sérieux inconvénients. La médecine a bien marché depuis ; et, nous devons le déclarer, la thérapeutique des vieilles hydarthroses, de celles qui se montrent rebelles envers et contre tout, a marqué un grand progrès dans la science.

Aujourd'hui non-seulement on ose ponctionner l'articulation qui est le siége d'un épanchement rebelle, mais on pousse encore, dans sa cavité, des injections iodées, pour empêcher le retour de la collection synoviale. C'est à l'inspiration simultanée de deux de nos plus grandes célébrités chirurgicales que nous devons cette nouvelle tentative dans la cure de ces hydarthroses. C'est en 1841 que MM. Velpeau et Bonnet (de Lyon) firent leurs premiers essais d'injection iodée dans les articulations.

En 1849, dans notre Mémoire couronné à Toulouse, nous proclamions déjà bien haut les résultats heureux fournis par cette nouvelle méthode. Nous nous appuyions, pour cela, sur tous les faits connus à cette époque. Après avoir réuni tous ces faits et les avoir analysés, nous faisions ressortir le peu de fondement des accusations portées, d'avance, contre ce nouveau procédé, par des esprits prévenus, M. Malgaigne entre autres. En somme, nous avions réuni alors 20 cas d'hydarthroses opérées par les injections iodées et appartenant : 9 à M. Velpeau, 5 à M. Bonnet (de Lyon), 1 à M. A. Bérard, 1 à M. Robert, 2 à M. Jules Roux de Toulon (1), et enfin 2 à nous-même. Sur ces 20 cas, l'opération avait été pratiquée 22 fois, puisque sur nos deux malades, nous avons dû pousser les injections d'iode à deux reprises différentes. Or voici quel était notre résumé (Mémoire cité, p. 37) : « Nous venons de citer 20 hydarthroses opérées par les injections d'iode ; à coup sûr il en existe d'autres dans la

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1848, t. XIII, p. 514. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 289 et suiv.

science; mais toutes celles-là ont un caractère d'authenticité irrécusable, et c'est d'après ces 20 opérations que nous allons conclure.

« M. Velpeau a obtenu, d'après M. Malgaigne, 4 succès sur 9 opérations, et M. Bonnet (de Lyon) 2 sur 5, ce qui donne un total de 6 succès sur 14 cas. A ces 6 succès, il faut en ajouter 1 dû à M. A. Bérard, et 1 dû à M. Robert; total, 8. Si à cette somme de 8, nous ajoutons les 2 cas de guérison de M. Jules Roux, de Toulon, et enfin les 2 nôtres, il ne nous reste pas moins d'un total de 12 succès sur 20 opérations bien connues, bien avérées.

« Eh bien, quand on pense que les injections iodées ont été pratiquées sur des hydarthroses plus ou moins invétérées, ayant résisté à une foule de traitements, et dont quelques-unes offraient des complications d'altérations organiques, croit-on que 12 succès sur 20 opérations constituent un résultat à dédaigner? Franchement, nous souhaiterions à la moindre opération chirurgicale un peu importante et pratiquée dans des conditions égales, d'ailleurs, un résultat pareil. Aussi, nous ne craignons pas de le dire, les injections iodées ont produit, à nos yeux, des effets merveilleux dans le traitement de l'hydarthrose. Une seule fois, sur 22 opérations, il est survenu un accident un peu sérieux, un flegmon diffus. Mais ce flegmon était extracapsulaire et n'a compromis en rien la vie de l'individu.

« Donc, la crainte de ces accidents terribles signalés par quelques auteurs, comme pouvant être la conséquence d'une pareille tentative, s'évanouit devant l'expérience. L'innocuité de ces injections est aujourd'hui avérée, démontrée. On pourrait croire qu'il y a témérité à répéter deux fois la même tentative sur la même articulation. Cette témérité, nous l'avons eue dans les deux cas qui nous appartiennent, et l'issue a pleinement justifié notre entreprise ». Les voici :

XXVIIe OBSERVATION. — HYDARTHROSE DU GENOU DROIT. SIX MOIS DE DATE. — TOUS LES TRAITEMENTS RESTENT SANS SUCCÈS. GUERISON APRÈS DEUX INJECTIONS IODÉES.

Un jeune militaire du 42e de ligne, âgé de 23 à 24 ans, petit, mais bien proportionné, à système bilieux-sanguin, portait de-

puis plus de 6 mois, au genou droit, une hydarthrose très-volumineuse dont il ne pouvait préciser l'origine, et que tous les traitements nombreux qu'on avait employés n'avaient pu améliorer. La thérapeutique était à bout, quand, par l'adjonction temporaire du service des blessés de l'hôpital de Givet au nôtre, nous eûmes à poursuivre le traitement de ce jeune malade.

Voici dans quel état nous le trouvions, le 15 juin 1847 : teinte jaune ictérique de toute la surface cutanée, avec pétéchies innombrables et de toutes les grandeurs, traces du scorbut qui régnait alors épidémiquement dans notre hôpital; pas d'altération aux gencives, pas de mouvement fébrile, mais faiblesse générale prononcée; la cuisse droite offrait deux fois le volume de l'autre, avec dureté des tissus remarquable à la pression. La jambe du même côté, quoique plus volumineuse aussi que sa congénère, n'était pas en rapport avec le volume de la cuisse, paraissait relativement atrophiée et restait dans le quart de flexion. Le genou, offrant plus de deux fois le volume de l'autre, avait une conformation toute particulière : les saillies habituelles étaient déprimées. La rotule, le ligament rotulien et le tendon du crural antérieur se trouvaient enchâssés au milieu de saillies formées, en haut et en bas, par les expansions capsulaires fortement distendues. La fluctuation était des plus évidentes dans ces saillies, et on pouvait facilement percevoir de haut en bas, et d'un côté à l'autre de l'articulation, l'ondulation de la colonne de liquide repoussée par une percussion médiocre. Il n'y avait pas de mouvement possible dans l'articulation malade; les douleurs y étaient peu vives, au reste : c'est dans ces conditions que nous décidâmes de pratiquer l'injection.

Le 17 juin, en présence du pharmacien en chef de l'hôpital et des sous-aides qui nous assistaient, nous faisions, avec un trois-quarts à hydrocèle, une ponction sous-cutanée à la base d'un pli fait transversalement à la peau, au-dessus et en dehors de la rotule, sur la terminaison du vase externe. Il s'écoula, par jet, environ 800 grammes de sérosité visqueuse, hématique, couleur lie-de-vin. Une solution de teinture d'iode, composée de 300 grammes d'eau distillée, 100 grammes de teinture, et 5 grammes d'iodure de potassium, fut injectée immédiatement dans l'articulation. En malaxant avec une certaine force, le liquide était mis

partout en contact avec les surfaces articulaires. Pendant dix minutes, l'injection fut tour à tour retirée et repoussée; elle fut évacuée ensuite, sauf un vingtième environ qui fut laissé dans la cavité.

Le malade n'avait que médiocrement souffert pendant toutes ces manœuvres. Après l'opération, les douleurs se déclarèrent plus vives et durèrent à peu près douze heures, au même degré; cependant, il ne fut point nécessaire de recourir aux cataplasmes ni aux narcotiques. Le genou restait fortement tuméfié et présentait de l'empâtement. Il fut établi une compression méthodique, autour de l'articulation, au moyen de bandelettes de diachylum, imbriquées.

Quinze jours après, le genou avait diminué de moitié, mais il était encore le siége d'une fluctuation manifeste : nouvelle ponction qui donna issue à environ 250 grammes de sérosité visqueuse et couleur safran. Cette coloration était due à la présence de la teinture d'iode restée dans l'articulation : nouvelle injection iodée aux mêmes proportions que la première fois.

Cette fois, les douleurs consécutives durèrent quarante-huit heures, mais tellement supportables que le malade refusa obstinément un cataplasme dont nous voulions envelopper son genou.

Il fut de nouveau établi une compression méthodique qui dut être renouvelée trois jours après, tant le genou avait diminué : la jambe commençait à s'allonger, et les mouvements articulaires à s'exécuter sans douleur; la compression fut renouvelée deux fois encore en dix jours, Enfin, le vingt-deuxième jour après la deuxième injection, et le trente-septième après la première, notre jeune malade sortait de l'hôpital.

Son genou ne présentait alors aucune différence avec l'autre; l'extension se faisait complétement; il ne restait plus qu'un peu de faiblesse dans l'articulation, et encore une certaine roideur qui empêchait le dernier degré de flexion; la jambe et la cuisse avaient repris la forme et le volume ordinaires.

Il n'avait été dirigé aucune médication contre l'engorgement considérable de ces deux portions du membre. Pendant tout le temps que le régiment de ce militaire séjourna à Givet (huit mois), nous pûmes nous assurer que la cure était solide, et que notre malade faisait son service comme les autres.

XXVIIIe OBSERVATION.

Une jeune fille de 17 ans, mademoiselle Rollin, d'Argnies, près Givet, boitait depuis neuf ans, par suite d'hydarthrose considérable, avec altération des parois capsulaires et des franges synoviales.

Cette jeune fille aux chairs blanches, au teint rosé, et d'une figure fort jolie, présentait un certain degré de lymphatisme. Nous la vîmes, pour la première fois, avec les docteurs Maréchal père et fils qui nous avaient appelé en vue d'améliorer sa position.

Le genou malade offrait, à la mensuration, deux fois le volume de l'autre, la jambe correspondante était considérablement atrophiée, la cuisse n'avait pas eu à souffrir dans sa nutrition, l'articulation n'était le siége d'aucune douleur.

Fraîche et jolie, mademoiselle Rollin avait honte de sa claudication ; c'est ce sentiment tout seul qui lui fit réclamer une opération qu'elle appréhendait, au reste, fortement. Quatre bosselures distinctes, de la grosseur d'un œuf de poule, formaient des reliefs en bas et en haut, en dedans et en dehors du ligament rotulien, et du tendon du crural antérieur.

Dans les tumeurs supérieures, la fluctuation était distincte; elle était plus que douteuse dans les inférieures. La jambe restait dans la demi-flexion, et pourtant il y avait des mouvements possibles en ce sens.

L'injection fut résolue. Comme dans le cas précédent, nous pratiquâmes une ponction sous-cutanée en dehors, sur la terminaison du vaste externe, au sommet de la tumeur supérieure correspondante; il ne s'écoula qu'une soixantaine de grammes de synovie pure, et toutes nos manœuvres ne purent en faire sortir davantage. C'était moins que nous avions présumé. Après la sortie du liquide, les deux tumeurs supérieures s'affaissèrent; les inférieures restèrent les mêmes, signe presque certain qu'elles ne communiquaient pas avec les premières. Injection de 60 grammes de solution d'iode dans les mêmes proportions que dans la précédente observation.

Cette injection détermina de très-vives douleurs qui arra-

chaient des cris à la malade ; les tumeurs supérieures furent fortement distendues par le liquide : après dix minutes, l'injection fut évacuée moins un dixième. Application d'un bandage roulé autour du genou. Les douleurs persistèrent avec violence ; il survint de la fièvre, de l'insomnie ; nous nous attendions à des accidents sérieux : il n'en fut rien. Tout était rentré dans le calme au bout de vingt-quatre heures. La compression méthodique du genou fut maintenue pendant quinze jours : au bout de ce temps, la partie supérieure de l'articulation avait repris sa forme et son volume, les tumeurs avaient disparu dans cette partie, ce qui présentait un singulier contraste avec les inférieures qui persistaient.

L'injection de ces dernières fut décidée, et exécutée trois semaines après la première opération. Il fallait une bonne dose de coquetterie pour donner à notre jeune malade le courage d'aborder une seconde édition de ses premières souffrances.

La tumeur inférieure interne fut ponctionnée la première. Il y eut de la difficulté à faire pénétrer la pointe du trois-quarts à travers des tissus de consistance lardacée. Nous finîmes par pénétrer dans une cavité que nous pouvions parcourir avec l'extrémité de la canule : mais, à notre grande surprise, il ne sortit pas une goutte de liquide. 15 grammes de liquide iodé furent poussés et exigèrent une très-grande force de pression pour arriver dans la cavité, une partie fut laissée à demeure : en retirant la canule du trois-quarts, il y en eut une petite quantité qui s'infiltra dans le tissu cellulaire sous-cutané et détermina un thrombus. La même opération fut répétée, avec des résultats en tout pareils, sur la tumeur inférieure externe.

A la suite de cette deuxième séance, les douleurs et la fièvre se déclarèrent avec autant et plus de violence que la première fois, mais elles cédèrent bientôt sous l'influence d'un cataplasme émollient dont le genou fut enveloppé. Ici, la compression fut maintenue pendant un mois, au bout duquel il ne restait plus qu'un peu d'empâtement dans les parties qui avaient été le siége des opérations. L'articulation conservait aussi un peu plus de volume en cet endroit : la jointure pliait avec facilité, et cependant la jambe ne pouvait arriver à l'extension complète, les tendons des fléchisseurs formant une barrière insurmontable à cette

extension ; et quand on forçait l'extrémité inférieure dans ce sens, les tendons formaient, sur les côtés du jarret, des reliefs résistants comme des cordes fortement tendues.

Après un certain temps de son existence, l'hydarthrose du genou s'oppose, de toute nécessité, aux mouvements d'extension. Les fléchisseurs restent alors, et par cet effet, dans une rétraction passive. Si l'hydarthrose persiste des années, les fléchisseurs, rétractés d'abord passivement, conservent ensuite, par habitude, cette même rétraction ; et peut-être, comme à la suite des paralysies, les extenseurs ayant perdu leur force, tandis que les fléchisseurs la conservent, il en résulte un défaut d'équilibre tout en faveur des derniers, qui tirent le membre dans ce sens et l'y maintiennent. C'est, sans contredit, ce qui avait lieu chez mademoiselle Rollin, dont la jambe, quoique ayant gagné en extension après l'opération, ne pouvait cependant arriver à sa rectitude normale.

La ténotomie présentait ici des chances de succès ; nous la proposâmes pour achever les bienfaits de l'opération précédente. Mais, satisfaite du beau résultat obtenu, cette fois notre malade refusa d'aborder de nouvelles souffrances, et s'en remit entièrement au temps et à l'exercice, pour le complément.

Nous ne craignons pas de poser en principe, que, dans certains cas, lorsqu'une première injection n'aura fourni qu'un demi-succès, il faut recourir à une seconde, et même à une troisième, pour avoir pleine et entière justice de l'affection rebelle.

Dans une de ses leçons cliniques, à la Charité, 11 mai 1850, M. Velpeau présentait à ses élèves deux hydarthroses nouvellement opérées. Toutes les deux étaient au genou : l'une d'elles s'étendait jusqu'au milieu de la cuisse. Trois semaines après l'opération, l'une était entièrement guérie ; l'autre, guérie aux trois quarts, ne laissait aucun doute sur le succès complet. Le professeur de la Charité, récapitulant alors toutes les opérations de ce genre pratiquées jusque-là, en trouvait à peu près une cinquantaine, dont pas une, à sa connaissance, n'avait été suivie d'accidents graves.

Il se résumait en disant, qu'il n'y a pas plus de danger à porter l'injection iodée dans une articulation que dans la tunique vaginale ; que la seule crainte qu'on puisse avoir dans l'injection des

articulations, c'est de voir l'opération échouer, ce qui arrive plus souvent que dans l'opération de l'hydrocèle. Nous nous permettrons d'ajouter une seule réflexion après celles du savant professeur : la non-réussite, qui accompagne souvent une première injection, ne persiste pas après une deuxième ou une troisième, faite à propos. Nos deux cas eussent été deux insuccès si nous nous en étions tenu à une seule injection.

Mais si les injections réussissent dans les hydarthroses rebelles, et ne donnent lieu à aucun accident sérieux, c'est à la condition d'être pratiquées d'après certaines règles dont il faut bien se garder de s'écarter. Nous allons les tracer brièvement. Les premières ont trait à la manière de pratiquer la ponction évacuatrice. Les secondes ont rapport à la manière de pratiquer l'injection, au temps qu'on doit laisser le liquide en contact avec la cavité articulaire, et à la quantité de ce liquide qu'on doit laisser à demeure dans cette même cavité. Enfin, les troisièmes ont rapport à la manière dont la solution iodée doit être préparée, et aux précautions à prendre après l'opération.

Il est inutile de vouloir faire sentir combien serait périlleuse l'introduction de l'air atmosphérique dans une articulation. Il n'est que peu de praticiens qui se refusent à croire à ces dangers que l'expérience a mis en évidence. La ponction doit donc être faite en vue d'éviter la pénétration de l'air dans l'intérieur du sac. C'est à la méthode sous-cutanée qu'il faut s'adresser pour cela. Inutile d'avoir recours à des instruments particuliers. Le trois-quarts ordinaire, muni de sa canule, est parfaitement suffisant. Le lieu d'élection, pour la ponction, doit être celui où la synoviale articulaire offre des expansions superficielles et non entourées par des parties ligamenteuses ou tendineuses, autant que possible. Il importe de ménager les ligaments articulaires. C'est ainsi qu'au genou on peut ponctionner par les parties latérales, à gauche ou à droite de la rotule, ou bien au-dessus du même os, entre l'attache du vaste externe et celle du crural antérieur en dehors et en dedans, en traversant le faisceau terminal du vaste interne. La ponction doit être dirigée obliquement, de manière à n'arriver dans la cavité du sac qu'après avoir traversé une certaine étendue de tissu cellulaire sous-cutané. On a soin de former à la peau un pli transversal qui ramène une partie

des téguments articulaires en dessous ou en dessus de l'article. C'est à la base de ce pli, et dans une direction oblique de bas en haut ou de haut en bas, et de dehors en dedans, que le trois-quarts doit être enfoncé, en suivant la direction de la cavité articulaire. Le défaut de résistance annonce la pénétration de l'extrémité de l'instrument dans le sein de la cavité. On retire alors le trois-quarts, pour laisser la canule à demeure. Aussitôt on lâche le pli fait à la peau, et on fait presser par les mains d'aides sur toute la surface articulaire, autant pour forcer le liquide à sortir exactement, que pour empêcher la pénétration de l'air. Le liquide écoulé, on bouche, avec un bouchon préparé d'avance, l'orifice externe de la canule. Telle est la première partie de l'opération.

On a eu soin de tenir la solution iodée à la température de 28 à 30 degrés centigrades. On la verse dans le corps de pompe d'une seringue à hydrocèle, et dont le piston doit emboîter exactement la cavité. On fait arriver, par la pression du piston, le liquide jusqu'à l'ouverture de l'embout. Alors, après avoir débouché l'orifice de la canule engagée dans la cavité articulaire, on introduit le bec de la seringue, et, par une pression douce et continue, on injecte le liquide. La distension graduée de l'articulation indique que le liquide la pénètre. Pendant une dixaine de minutes, environ, on doit retirer et repousser le liquide par des mouvements de va-et-vient du piston ; puis, ce temps écoulé, on retire les neuf dixièmes de la liqueur injectée, et on en laisse un dixième à demeure dans la cavité. Il faut des précautions pour retirer la canule engagée dans l'articulation, afin d'éviter que du liquide iodé ne s'épanche dans le tissu cellulaire périarticulaire. Ces précautions, nous les avons déjà indiquées au sujet de l'hydrocèle ; elles sont exactement les mêmes pour l'hydarthrose. Une fois la canule retirée, on réunit exactement les bords de la petite plaie cutanée, et on applique dessus deux à trois morceaux superposés de diachylum en sparadrap. Un bandage roulé simple, et peu serré, est ensuite appliqué autour de l'articulation. Quelques heures après, l'article commence à se tuméfier. Si les douleurs consécutives étaient trop vives, on les combattrait par des applications froides, et même des sangsues, si besoin en était.

Du deuxième au troisième jour, quand les douleurs ont entièrement cessé, on établit un bandage compressif, au moyen de bandelettes de diachylum imbriquées les unes sur les autres; puis, une bande roulée, partant du pied ou de la main, jusqu'au-dessus de l'articulation malade, vient recouvrir le bandage précédent. Tous les sept à huit jours, ce bandage doit être renouvelé, à cause de la diminution du gonflement articulaire. La teinture d'iode doit être employée au tiers. Ici, comme dans l'hydrocèle, il faut avoir soin de saturer la solution par certaine quantité d'iodure de potassium.

Depuis que nous avons publié notre Mémoire, il s'est produit encore quelques faits d'injection iodée dans l'hydarthrose. Presque tous ont été couronnés de plein succès, et pas un n'a été suivi du moindre accident. Cependant, avec la disposition des esprits, aujourd'hui, il n'est pas douteux que les revers n'eussent été publiés comme les succès. Nous-même avons pratiqué encore cette opération, en décembre 1850, sur un malade incurable du service de M. Mounier, au Val-de-Grâce, et l'opération n'a pas même suscité une douleur un peu vive.

DEUXIÈME PARTIE.

DES KYSTES.

ART. 1er. — DES KYSTES EN GÉNÉRAL.

Nous devons nous occuper ici des notions applicables à tous les kystes en général. Ce que nous allons dire, dans ce sens, embrassera, autant que possible, l'ensemble de tout ce qu'on connaît sur la manière dont naissent et se comportent ces produits pathologiques, comme sur les moyens de traitement qui leur sont applicables. Nous chercherons également à établir une division qui permette d'étudier leurs familles si variées, d'après les diverses régions. C'est dans un second article que nous passerons en revue les variétés si nombreuses de ces produits morbides. Nous n'avons, certes, pas la prétention de faire l'histoire complète de chacune d'elles, ce qui nécessiterait un second volume; mais nous tâcherons d'en esquisser les caractères principaux, pour que la pratique puisse y trouver au moins son compte.

Le mot kyste tire probablement son étymologie du grec Κύστις, sac, vessie. Le kyste est donc une cavité membraneuse, développée de toutes pièces, aux dépens de quelque organe membraneux, ou par production nouvelle, de forme et de grandeur variables, renfermant en son sein des matières diverses, dont quelques-unes sont susceptibles de mutations, suivant l'ancienneté et les diverses phases de la poche, et vivant au milieu des tissus de l'économie.

Il n'est peut-être pas un seul organe, un seul tissu du corps humain, sur lequel le kyste n'ait pouvoir de se greffer : les os n'échappent pas plus à ces parasites morbides que les tissus les plus mous, les plus abreuvés de liquide. Et, à ce sujet, on peut déjà remarquer que chaque région, chaque organe est susceptible de fournir l'élément nécessaire à la formation des espèces

diverses. Quelques tissus, seulement, semblent avoir le privilége de n'être soumis qu'à des espèces restreintes : tels sont les tissus osseux et séreux. Ce dernier peut cependant offrir des kystes qui, avec une organisation primordialement homogène, arrivent à des dissemblances assez grandes, par l'élaboration ultérieure de la matière qui les compose, comme par les transformations morbides ou autres des parois du sac.

La théorie de la formation des kystes n'est point uniforme. On a cru pouvoir expliquer la manière dont prennent naissance les principales espèces, et découvrir les tissus qui leur fournissent les premiers éléments. Nous ne pensons pas qu'on ait tout dit à cet égard ; et il est douteux, en tout cas, qu'on ait toujours été dans le vrai. Cependant, nous allons essayer d'exposer les opinions qui paraissent le plus fondées.

§ Ier. — Modes de formation des kystes.

1° Il est des kystes qui surgissent par suite du développement anormal et exagéré de certains conduits, de certaines cavités sécrétantes et existant normalement dans l'économie. Tels sont : la grenouillette, quand elle résulte de la dilatation du canal Warthon ; ceux formés par les vésicules adipeuses dont la sensibilité, la nutrition et les fonctions sont dérangées ; ceux qui se développent aux dépens des vésicules des ovaires ; quelques-uns de ceux des mamelles, chez la femme, et qui apparaissent par suite d'obturation d'une portion des vaisseaux galactophores, la partie située au-dessous du point obturé se dilatant à divers degrés ; les kystes hydropiques de la main et du poignet, par suite d'une sécrétion exubérante dans la gaîne synoviale interne ou externe qui accompagne les tendons ; les kystes synoviaux ganglionnaires qu'on rencontre plus fréquemment à la face dorsale du poignet, et sur lesquels nous aurons à donner quelques notions intéressantes et toutes nouvelles.

2° Toute une grande série de kystes apparaît sous le bénéfice d'un travail inflammatoire qui, déposant, soit au sein de cavités closes, soit entre deux portions rapprochées d'organes, des produits plastiques, des pseudo-membranes dont l'organisation ultérieure permet une fonction de sécrétion propre, travaille ainsi à

la confection de cavités accidentelles, par la jonction de ces produits plastiques organisables, et, plus tard, par effet de la sécrétion, dans ces cavités, de matières liquides de qualités variables, mais se rapprochant toujours, plus ou moins, du sérum du sang.

Ces pseudo-membranes de récente formation s'adossent, par leur face externe, à la séreuse de la cavité dans laquelle a eu lieu le travail inflammatoire, ou à la surface d'autres organes, siéges de la phlegmasie : là, elles acquièrent des adhérences plus ou moins solides, tandis que leur surface interne reste lisse et polie, à la guise des séreuses, et sécrète de nouveaux produits plastiques ; cette surface se crée des filaments qui vont d'un point à l'autre, et servent de noyaux à une deuxième organisation qui donnera lieu à des poches secondaires enfermées dans la poche primitive.

On a des exemples de ces kystes dans les hydrocèles multiloculaires ; dans beaucoup de collections purulentes, séreuses ou séro-purulentes enkystées qu'on retrouve dans le centre d'organes parenchymateux, ou entre deux organes, comme un pont de jonction, de même qu'entre deux portions écartées de membranes, la plèvre, le péritoine, où ils se trouvent nichés, qu'on nous passe l'expression, comme un nid d'hirondelle dans l'encoignure d'une fenêtre.

3° Il en est d'autres qui, destinés à envelopper un corps étranger préexistant, sont également le produit d'un travail inflammatoire. Mais ici, c'est la présence du corps qui doit être enkysté, qui est le point de départ de ce travail. L'inflammation, s'emparant du tissu cellulaire ambiant, donne lieu, comme dans le cas précédent, à une exsudation plastique qui devient la première couche de la poche kystique, et à laquelle le tissu cellulaire transformé s'adosse comme mur de soutien, et non pas comme membrane propre et fondamentale du kyste, ainsi que le fait entendre M. Bégin (1). Telle est toute cette riche famille de kystes qui contiennent des corps étrangers venus du dehors, ou ayant pris naissance dans l'intérieur de l'organisme : tels que les épanchements sanguins, de pus, les tubercules, etc.

4° Enfin, il y a des kystes qui semblent provenir d'une exha-

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. *Kystes*.

lation surabondante dans le tissu cellulaire, et qui s'enveloppent d'une membrane aux dépens de ce tissu. Dans ce cas, un certain nombre d'aréoles sont déchirées, détruites, par l'envahissement du liquide. L'inflammation périphérique que suscite celui-ci, par sa présence, transforme les débris ou les parois des nucléoles voisines en parois kystiques. Ce genre de formation diffère essentiellement de celui par lequel le kyste apparaît par suite du développement anormal des vésicules adipeuses. En effet, dans celui-ci, il y a seulement distension de la vésicule ; dans l'autre, il y a déchirure de plusieurs vésicules ou nucléoles, jusqu'à ce qu'une barrière, formée comme nous l'avons dit, vienne endiguer le liquide de toute part. On trouve des exemples de ce dernier mode dans certains kystes sous-cutanés, dans quelques-uns de ceux du cordon, dans l'hydrocèle du cordon, dite en chapelet.

Voilà à peu près les quatre modes de formation que l'on reconnaît aux kystes de diverses natures. Mais on se ferait grandement illusion si l'on croyait avoir tout embrassé dans ces quatre modes. Tout est possible dans l'apparition de ces produits morbides, et nous sommes loin d'avoir surpris tous les secrets que la nature peut mettre dans leur perpétration.

§ II. — Division des kystes.

Peut-on raisonnablement espérer d'établir une bonne division au sujet de ces tumeurs ? Nous ne le pensons pas. En effet, sur quelle base pourrait-on l'asseoir ? Ce n'est certainement pas sur la nature des matières qu'elles contiennent. Celles-ci sont susceptibles de subir les transformations les plus bizarres et les plus disparates, suivant une foule de circonstances, et aux divers âges de la tumeur. Le liquide clair et citrin que contient un kyste, à une certaine époque, peut se troubler dans un autre moment, s'additionner de produits plastiques, de pus, par suite d'un travail phlogistique des parois. Ce liquide citrin peut également être résorbé en totalité, sous l'influence du même travail morbide, et ne laisser à son lieu et place que des matières plastiques organisables, qui, par des transformations successives, passent à l'état fibreux, fibro-cartilagineux, ossiforme, etc. Dès lors, à quoi servirait une division fondée sur une base aussi va-

cillante, et qui, durant l'évolution d'une poche kystique, serait susceptible de la faire cadrer dans des catégories tout à fait différentes ?

Examinons si la structure des parois de ces tumeurs pourrait mieux servir à les faire classer. Mais ces parois, dont le point d'origine est si varié au début, ne restent pas continuellement dans des dispositions anatomiques identiques pour chaque poche. Ainsi que le contenu, elles sont susceptibles de subir des transformations, soit par un travail inflammatoire, soit par un vice de nutrition. Minces, lisses, simplement séreuses ou cellulo-séreuses, à un moment donné, elles peuvent épaissir, se condenser, dans un autre; acquérir la consistance fibreuse, fibro-cartilagineuse, lardacée; ou enfin s'additionner d'une série de couches concentriques, superposées, vivant en commun par des vaisseaux de communication, et revêtir ainsi, avec l'épaisseur qu'elles acquièrent, les conditions et les qualités les plus diverses. Et si ces parois sont susceptibles de subir, par elles-mêmes, des transformations notables, elles en empruntent encore, par leur surface externe, aux tissus dans lesquels elles se sont développées, et qui leur fournissent des prolongements ou appendices que le travail inflammatoire leur adjoint d'une manière intime. La nature des parois des kystes ne peut donc servir de base à leur division ; la raison s'y oppose.

Pourrait-on davantage prendre, pour point de départ de cette division, leur source primitive ? Sans doute, si ces sources étaient bien connues ; si on pouvait ranger en quatre uniques séries, par exemple, comme nous venons de le faire, leur mode de développement dans les divers points de l'organisme. Mais n'avons-nous pas avoué que la science n'avait pas pénétré fort avant sur ce terrain, et que nous étions exposés, à chaque pas, à nous heurter contre quelque surprise que se plaît à nous faire la nature ? Alors, à quoi bon livrer une division aux chances de l'imprévu et de l'inconnu ? Force nous est donc d'avouer que, pour des tumeurs à variétés si nombreuses, à transformations si fréquentes, les trois points que nous venons d'examiner sont plus qu'insuffisants pour asseoir leur division. Il nous reste le parti de considérer les kystes tels qu'ils se présentent à la pratique, en se rappelant leurs principaux modes de formation que nous avons

examinés. L'important est de connaître les différences de structure qu'affectent leurs parois, leurs rapports avec les organes ou les tissus au milieu desquels ils se trouvent projetés, les inconvénients et les dangers que leur présence suscite, et enfin les matières qui en forment le contenu, et qui ont une très-grande importance sous le point de vue du pronostic comme du traitement.

Tout en considérant les kystes de cette façon, il ne faut pourtant pas manquer de méthode, et, pour être méthodique, il faut s'astreindre à une classification qui permette d'embrasser avec régularité toutes les parties les plus importantes d'une famille aussi nombreuse et aussi difficile. Nous parcourrons donc les kystes : 1° dans les parties molles; 2° dans le système osseux. Les kystes des parties molles seront examinés : 1° suivant qu'ils existent à la périphérie du corps, tête, tronc, extrémités, qu'ils soient sous-cutanés, sous-aponévrotiques ou sous-musculaires; 2° suivant qu'ils siégent dans les cavités splanchniques.

Quels que soient les organes et les régions dans lesquels se trouvent situés les kystes, il faut les séparer immédiatement en deux grandes catégories, pour la facilité de leur étude. C'est ainsi que nous les distinguons : 1° en ceux à contenu liquide ou semi-consistant; 2° en ceux à contenu solide.

Nous pensons que cette manière de poser nos points de repère nous permettra de tout saisir, de tout embrasser dans l'histoire, d'ailleurs fort succincte, que nous allons faire de ces tumeurs.

§ III. — Gravité relative des kystes suivant leur situation.

La gravité relative des kystes, abstraction faite de la composition de leurs parois, de la nature de leur contenu, se déduit de la position qu'ils occupent au milieu des tissus vivants, de leurs rapports avec ces tissus.

Sous le rapport des tissus de l'économie, il n'en est peut-être aucun, avons-nous dit, qui ne puisse prêter au développement des kystes. Tissus membraneux, vasculaire, celluleux, fibreux, etc., organe de quelque composition qu'il soit, tout peut leur donner naissance. Ceux de ces tissus qui sont le plus lâches, le plus extensibles, ceux qui sont le moins importants pour l'en-

tretien de la vie, sont ceux qui supportent avec le plus d'impunité la présence de ces corps parasites.

A l'égard des organes, c'est encore leur importance fonctionnelle et vitale qui règle le degré de gravité que peut susciter la présence de ces mêmes corps dans leur sein.

En effet, le kyste qui se trouve enclavé dans un organe peut, soit comme corps étranger, soit par une compression soutenue et croissante, compromettre des fonctions nécessaires à la vie, produire des lésions graves de tissu, et entraîner secondairement la perte du sujet qui en est affecté. N'y a-t-il pas une gravité considérable dans la présence d'un kyste au milieu du cerveau? et cette gravité ne s'accroît-elle pas encore si pareille tumeur vient à se greffer dans l'une des cavités du cœur? Évidemment, le même produit morbide, situé sous la peau, sous les aponévroses ou sous les couches musculaires, serait loin de donner les mêmes craintes. Ces exemples suffisent pour faire comprendre toute l'importance qu'acquiert la position du kyste au point de vue pathologique, et, surtout, au point de vue du pronostic et du traitement.

§ IV. — Importance qu'il y a à connaître la structure des parois des kystes.

Les parois des poches kystiques, susceptibles de se modifier à tous les moments de leur existence et d'induire les praticiens en erreur, peuvent présenter toutes sortes d'organisations, tant celles qui ont leurs analogues dans l'économie que celles qui n'ont rien de semblable aux tissus primitifs du corps, comme certains kystes cancéreux. La question de la composition des parois des kystes est aussi intéressante, sous le rapport du traitement, que celle de leur situation et des matières qu'ils contiennent. En effet, l'adoption de tel ou tel procédé opératoire, la réussite de l'opération elle-même, ne dépendent-elles pas souvent de l'organisation de la poche?

Un kyste à parois lâches, minces, cellulo-séreuses, par exemple, devrait-il être attaqué par le même procédé opératoire que celui dont les parois seraient épaisses, fibreuses, fibro-cartilagineuses? Non, sans doute. Preuve évidente, alors, de l'intérêt qui se rattache à la connaissance bien précise de la structure des parois kystiques.

§ V. — Matières contenues dans les kystes.

Toutes sortes de matières peuvent être contenues dans les kystes ; mais il faut bien savoir distinguer celles qui sont le produit de la poche préexistante, et qui se développent dans son intérieur, de celles qui, préexistantes à la poche, ont fini par s'en envelopper comme d'un moyen d'isolement et de protection pour les organes voisins.

Dans les premières se trouvent rangées : la matière sébacée à l'état de pureté ou avec des transformations, tant sous le rapport de la consistance que de la couleur et des propriétés ; la sérosité normale ou pervertie, contenant en suspension divers éléments plastiques, du pus, du sang, plusieurs de ces principes ensemble, ou un seul à la fois. Chacun de ces derniers éléments peut former uniquement le contenu d'un kyste : c'est ainsi qu'on rencontre assez fréquemment des poches purement hématiques ou purulentes. La synovie à l'état naturel, ou altérée, trouve encore place dans cette catégorie, ainsi que certaines des productions fibreuses, fibro-cartilagineuses, ossiformes ou tophacées, résultant de transformations du contenu primitif de la poche sous l'iufluence d'un travail inflammatoire ou d'un vice de nutrition.

Dans la deuxième série, il convient de séparer les matières contenues dans les poches kystiques, en celles qui ont pris naissance dans l'organisme et en celles qui viennent du dehors.

Les premières n'offrent pas une variété aussi grande que les secondes. Des productions cornées, pileuses, fibreuses, fibro-cartilagineuses, cancéreuses, osseuses, crétacées, tuberculeuses ; du pus, du sang, des débris organiques, des matières excrémentitielles, telles sont à peu près les matières qu'on est susceptible de rencontrer dans les kystes dont l'enveloppe s'est déployée sur des corps préexistants et ayant leur source dans l'organisme.

Quant aux matières venues du dehors et susceptibles de former le noyau kystique, elles sont très-nombreuses, et nous pouvons dire imprévues, pour beaucoup d'entre elles. Depuis les monstruosités issues d'une double fécondation, dans laquelle le second produit encloisonne, dans sa cavité abdominale, le premier, frappé de mort, comme les fœtus trouvés enkystés dans

le ventre de sujets venus au monde, jusqu'aux instruments meurtriers qui, après avoir été dirigés contre le corps pour sa destruction, s'y enkystent par un effort préservateur et suprême de la nature, tout est possible dans cette série.

Nous venons de poser les deux extrêmes, parce que deux exemples frappants ont été soumis à notre observation.

1re OBSERVATION. — FŒTUS ENKYSTÉ DANS L'ABDOMEN D'UNE JEUNE FILLE DE DOUZE ANS.

Une jeune fille de Marsal (Meurthe), âgée de 12 ans, portait, depuis sa naissance, au-dessus de l'ombilic et entre l'estomac et cette région, une tumeur qui ne la gênait que par moments, et contre laquelle on avait dirigé infructueusement une foule de remèdes. Les parents nous la présentèrent, dans le courant de 1844, pour avoir des éclaircissements plus précis sur la nature du mal. Au premier examen, on distinguait nettement, entre l'ombilic et l'estomac, à la place occupée par le côlon transverse, une saillie transversale, représentant assez bien un demi-ovoïde. En explorant la tumeur dans l'état de contraction des parois abdominales, on percevait, à la percussion, du liquide avec tension des parois de la poche. Jusque-là, le diagnostic était obscur. Ayant pris le parti de faire coucher la jeune malade sur le dos, et mettant le ventre en état de relâchement complet, il nous fut aisé de sentir, à travers les parois et flottant dans un liquide, un fœtus de trois mois environ. Tête, tronc et membres, tout put être reconnu. Le diagnostic devint alors précis. Il s'agissait bien d'un produit mort et enfermé, durant la vie intra-utérine, dans la cavité abdominale du second, venu au monde et arrivé jusqu'à l'âge de douze ans. Ce ne pouvait être le résultat d'une grossesse extra-utérine de la part de cette pauvre enfant, si jeune et si chétive, et chez qui, du reste, les parents avaient toujours observé la tumeur depuis son bas âge (1).

(1) Voyez le rapport fait par M. Dauyau, à l'Académie de médecine, 18 novembre 1851, sur une observation intitulée : Superfétation ombilicale, congénitale d'une petite fille de 14 ans, guérie au moyen d'une opération extraordinaire, par le docteur Sulikowski de Jallancourt (Meurthe). M. Dauyau caractérise ce cas, de monstruosité par inclusion. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 143).

IIe OBSERVATION. — MORCEAU DE LAME DE POIGNARD FIXÉ DANS LE CORPS DE LA DEUXIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE, ET ENKYSTÉ DANS L'ABDOMEN D'UN FORÇAT.

Notre second exemple a trait à un forçat mort à l'hôpital du bagne de Toulon, en 1829, pendant que nous y exercions les fonctions d'élève. Cet homme, qui était au bagne depuis onze ans, entra à l'hôpital, étant atteint de typhus, auquel il succomba. Chargé de faire son autopsie, nous fûmes frappé, pendant que nous détachions la masse intestinale, par l'aspect d'une tumeur volumineuse à laquelle adhérait, d'une manière fort solide, une partie du mésentère. Cette tumeur siégeait sur le corps des première et deuxième vertèbres lombaires. Par suite des adhérences mésentériques, elle offrait le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Après avoir vainement essayé de séparer le mésentère solidement fixé sur son noyau central, et en avoir enlevé le plus de parties possible par une dissection laborieuse, il nous fut permis de percevoir une fluctuation dans la cavité. Coupant alors, de dehors en dedans, et couche par couche, les parois de la poche, qui avait acquis la consistance lardacée, nous pûmes complétement ouvrir la tumeur. Ces parois offraient un blanc nacré dans leur épaisseur, et semblaient résulter de la superposition de nombreuses couches solidifiées. Ces couches représentaient des disques surajoutés. Il s'échappa de la poche environ un verre de liquide citrin, ne contenant aucun flocon albumineux en suspension, aucun produit plastique. La base formait corps avec les ligaments et la partie antérieure du corps des vertèbres précitées. La surface interne était lisse, luisante, d'un blanc miroitant. Dans le fond du sac, existait une saillie en relief qui révélait quelques débris pseudo-membraneux organisés. En essayant de détacher ces débris, nous eûmes la sensation d'un corps dur, proéminent et garni d'aspérités. Le choc du scalpel sur ce corps, laissa deviner la présence d'un morceau de fer, qu'en isolant soigneusement nous pûmes reconnaître pour l'extrémité d'une lame de poignard implantée dans le corps de la deuxième vertèbre lombaire. Il fallut de très-grands efforts pour détacher ce tron-

çon, oxydé dans toute son étendue. Il avait de 6 à 7 centimètres de long, et 2 centimètres et 1/2 de large vers l'extrémité cassée.

Une incrustation comme cartilagineuse servait de point d'appui, dans le corps de la vertèbre, à la pointe de cette lame, et de moyen de fixation dans le tissu spongieux de l'os.

Par la rapide énumération que nous venons de faire des matières diverses que peuvent contenir les kystes, on voit tout l'intérêt qui s'attache à en préciser la nature, au lit du malade. Cette connaissance concourt puissamment à dicter la conduite du médecin, comme à formuler le jugement sur l'issue probable du traitement.

Art. 2. — Des kystes en particulier.

PREMIER ORDRE.

KYSTES DES PARTIES MOLLES.

§ 1. — Kystes situés à la périphérie du corps, sous la peau, sous les aponévroses ou sous les couches musculaires et à contenu liquide ou semi-liquide.

Voici la série qui se présente, sans contredit, le plus fréquemment dans la pratique. La nature des tissus qui tapissent la périphérie du corps, la plus grande étendue relative de celle-ci, rendent suffisamment compte de cette fréquence. Disons, toutefois, qu'il existe des tumeurs sous-cutanées, qu'à une époque reculée on a rangées parmi les kystes et qui n'en sont pas. Le lipôme, ou tumeur graisseuse, résultant de l'hypertrophie plus ou moins circonscrite du système cellulaire adipeux, en est une. Le lipôme, qui peut occuper toutes les régions du corps, excepté la plante des pieds et la paume des mains, où on ne l'a que très-rarement et très-exceptionnellement rencontré, peut varier en nombre et en volume sur le même sujet. On en a vu souvent qui pesaient de 5 à 8 kil.

Deux éléments entrent dans sa structure, l'un celluleux, l'autre adipeux. Le premier enveloppe la tumeur tout entière, sans cependant lui former kyste ; car, par sa face externe, sa tunique celluleuse se continue avec un tissu cellulaire filamenteux

qui l'unit aux parties voisines. Voilà pourquoi le lipôme ne saurait être considéré comme un kyste.

A. — Kystes a contenu liquide ou semi-liquide.

1° Hydropisies des bourses séreuses sous-cutanées et bourses séreuses profondes.

Décrites autrefois par Fourcroy sous le nom de bourses muqueuses ou mucilagineuses, par Béclard sous le nom de bourses synoviales, et rapportées par Bichat au système séreux, les bourses séreuses ont leur rudiment dans les aréoles du tissu cellulaire partout où il y a glissement organique. Celles qui sont situées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-musculaire forment les bourses séreuses proprement dites ; celles, au contraire, situées profondément, autour d'une articulation, d'une gaîne tendineuse, ne sont que des prolongements de la synoviale articulaire ou de la gaîne tendineuse elle-même, double pour quelques tendons de la main, et divisée en interne et externe : ou bien encore, elles sont ganglionnaires.

Les bourses séreuses proprement dites peuvent être divisées en normales, ou celles qui existent partout où il y a frottement habituel de la peau et des muscles, et en anormales, ou celles qui surviennent dans des parties qui, par un genre de travail de la part du sujet, ou par une habitude contractée, deviennent le siége de mouvements ou frottements qui n'existent pas à l'état normal. Les premières sont connues anatomiquement ; les secondes ont été ou seront révélées par la pathologie.

Toutes ces bourses peuvent devenir le siége d'épanchement séreux ou séro-purulent, soit par suite d'inflammation plus ou moins modérée de leurs parois, soit par un certain degré d'irritation sécrétoire ou congestion active. Elles constituent alors de vrais kystes dénommés hygroma. Nous n'admettons pas le simple défaut d'équilibre dans l'absorption et la sécrétion de leurs parois, comme cause d'épanchement.

Le développement de ces kystes se fait plus ou moins lentement et graduellement, suivant les causes qui agissent sur eux. L'hygroma est une tumeur bien circonscrite, fluctuante, depuis le volume d'une petite noix jusqu'à celui d'une pomme. A l'état

aigu, ce kyste peut être masqué par la turgescence vasculaire des parties voisines; quand il est chronique, cette turgescence fait défaut, il se trouve bien mieux isolé et demeure saillant. Les bourses séreuses profondes ou résultant du prolongement d'une capsule synoviale ou tendineuse, distendu par le liquide qui le remplit, se trouvent situées au voisinage d'une articulation ou sur le trajet d'une coulisse tendineuse. On les distingue facilement de l'hygroma, en ce que celui-ci ne peut ni se déplacer ni être déprimé par la pression; tandis que, par une pression méthodique et soutenue, on fait disparaître les autres en tout ou en partie, le liquide qu'elles contiennent s'échappant alors dans la cavité principale de l'articulation ou de la gaîne tendineuse.

M. Gosselin a présenté à l'Académie de médecine, en juin 1850 (1), sur les hydropisies des bourses muqueuses de la main et du poignet, un travail trop remarquable pour que nous n'en citions pas les principales réflexions.

Cet auteur commence par établir, comme l'ont fait beaucoup d'autres, une distinction entre ceux de ces kystes qui occupent une bourse synoviale tendineuse tout entière, et qu'il dénomme kystes hydropiques, et ceux qui se forment dans une partie très-circonscrite d'une membrane synoviale, et qu'il appelle kystes partiels ou ganglionnaires.

Pour les kystes hydropiques, il les place au niveau des coulisses des tendons qui se portent de l'avant-bras à la main, et dont les unes sont dorsales et les autres situées à la face palmaire du poignet.

Il compte trois bourses principales à la face dorsale : l'une accompagne le tendon de l'extenseur commun des doigts; une seconde, destinée d'abord au grand extenseur du pouce, se subdivise ensuite pour fournir un prolongement considérable aux deux radiaux; la troisième est destinée au grand abducteur et au court extenseur du pouce. M. Gosselin a trouvé presque constamment sur cette région une quatrième bourse non encore signalée, plus petite que les précédentes; celle-ci se voit au niveau de l'insertion du deuxième radial sur l'extrémité supérieure

(1) *Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, t. XVI. Paris, 1852.

du troisième métacarpien ; elle tapisse à la fois le tendon et l'interstice des deuxième et troisième métacarpiens.

Rarement, dit-il, ces membranes sont distendues par une accumulation de liquide, tandis que l'hydropisie synoviale se rencontre fort souvent sur le trajet des tendons fléchisseurs, et cette hydropisie donne lieu à une crépitation particulière due à la présence de corpuscules albumineux.

Pour expliquer la raison pour laquelle les kystes hydropiques du poignet, appelés tumeurs hydatiques par Dupuytren, et tumeurs crépitantes par Velpeau, ne se prolongent pas en même temps du côté du pouce et du petit doigt, M. Gosselin a recours aux notions les plus générales que l'anatomie lui ait fournies. Au milieu de toutes les dispositions variées que présentent les gaînes tendineuses des fléchisseurs, il y en a une régulière que l'on rencontre chez le fœtus à terme, chez les enfants qui n'ont pas encore exercé beaucoup leurs muscles, chez les femmes dont les exercices manuels sont en général modérés. Ainsi, les tendons des fléchisseurs, en passant sous le ligament annulaire du carpe avec le nerf médian, sont accompagnés par deux membranes synoviales : l'une est en dehors, l'autre est en dedans. La première commence un peu au-dessus du ligament annulaire, et se prolonge jusqu'à la deuxième phalange du pouce ; elle est plus spacieuse vers la partie inférieure du ligament annulaire et à la paume de la main, qu'au-dessus et au-dessous de ces points ; elle a un feuillet pariétal et un tendineux ; elle représente, dans son ensemble, un fuseau dont l'extrémité inférieure est beaucoup plus allongée que la supérieure.

La seconde, ou bourse synoviale interne, représente un fuseau beaucoup plus régulier que la précédente ; elle se prolonge aussi haut et souvent plus haut du côté de l'avant-bras, et se continue, d'autre part, jusqu'à l'extrémité du petit doigt, etc.

Les deux synoviales adossées forment, derrière le paquet tendineux, une sorte de cloison qui sépare la cavité interne de l'externe.

D'après cette disposition, on voit que, si les kystes hydropiques du poignet ne se prolongent pas en même temps du côté du pouce et du côté du petit doigt, c'est que l'hydropisie se développe dans une seule des cavités synoviales, et que cette cavité

est ordinairement indépendante de l'autre qui est restée saine.

Dans la plupart des observations, on ne voit même le liquide refluer ni vers le pouce ni vers le petit doigt.

Cette circonstance s'explique par le développement de la tumeur aux dépens de la synoviale interne.

Il pourrait se faire cependant que, l'accumulation s'étant faite dans les deux poches qui communiquent entre elles par une ouverture étroite, le liquide passât avec peine de l'une dans l'autre, et qu'ainsi la fluctuation ne fût pas perçue facilement du poignet à la paume de la main, et réciproquement.

Quant aux kystes que l'on rencontre si souvent à la face dorsale du poignet, que l'on traite par l'écrasement, l'incision sous-cutanée, et qui contiennent une matière visqueuse, transparente ou rougeâtre, comparable à de la gelée de pomme ou de groseille, l'auteur ne fait rien connaître au sujet de leurs symptômes et de leur thérapeutique; il appelle seulement l'attention sur leur origine et leur point de départ.

On sait que ces kystes ont été attribués, par quelques-uns, à une production partielle du tissu cellulaire, que d'autres les regardent comme engendrés par la hernie d'une synoviale articulaire ou tendineuse à travers une éraillure aponévrotique, tandis que d'autres les attribuent à une rupture de ces membranes qui laisseraient sortir la synovie; enfin, une quatrième opinion tend à les rapporter à une hydropisie semblable à celle dont il était question tout à l'heure. Après avoir discuté la valeur de ces quatre opinions, M. Gosselin déclare qu'il a été conduit à une explication nouvelle, par l'examen d'un grand nombre d'articulations radio-carpiennes sur lesquelles il a constaté la disposition suivante : Immédiatement au-dessous de la synoviale articulaire, derrière le semi-lunaire et le scaphoïde, ou bien au niveau même du ligament interosseux qui les unit, se trouvent fréquemment des corpuscules blanchâtres ou grisâtres. Les uns font une légère saillie dans l'articulation, et se voient sans préparation particulière; les autres, et ce sont les plus fréquents, ne se voient pas tout d'abord; ils sont cachés dans le tissu cellulaire sous-synovial; on ne les découvre qu'après avoir enlevé la synoviale articulaire avec précaution, car ils lui adhèrent toujours un peu plus intimement dans un point que dans les autres.

Les corpuscules sous-synoviaux ont le volume tantôt d'un grain de millet, d'une petite tête d'épingle, tantôt d'un pois. M. Gosselin en a trouvé de plus volumineux, et qui cependant ne faisaient pas encore de saillie appréciable à travers les téguments.

Ils ne communiquent pas habituellement avec l'articulation radio-carpienne; on a beau presser dans tous les sens, on ne les vide pas, on ne les affaisse même pas; l'œil nu ou armé de la loupe n'y découvre aucun orifice.

Si on les ouvre, on en fait sortir une matière onctueuse, transparente, jaunâtre ou rougeâtre, exactement semblable à celle que contiennent les ganglions; en un mot, de la matière synoviale épaisse.

L'auteur a rencontré des corpuscules semblables au-dessous de la synoviale médio-carpienne; mais ils sont beaucoup plus rares qu'au-dessous de la radio-carpienne. Il en a trouvé aussi dans d'autres articulations. C'est ainsi qu'à celles du genou, du pied, de la hanche, il a rencontré ce qu'il appelle des follicules synoviaux, pourvus d'un orifice propre à déverser la synovie dans l'articulation, disposition encore plus manifeste sur les articulations des bœufs, et plus rarement des corpuscules sous-synoviaux.

Il conclut de tout cela que, si le corpuscule sous-synovial ne reste pas stationnaire, et s'il ne s'ouvre pas dans l'articulation, il se développe et vient peu à peu former, sous la peau, les tumeurs dénommées ganglions. C'est ce qui arrive lorsque le corpuscule rencontre quelque éraillure aponévrotique, dans laquelle il s'engage, ou lorsqu'il peut vaincre la résistance apportée à son accroissement par les tissus voisins. On comprend très-bien qu'il se dirige alors, soit de haut en bas, soit de bas en haut, suivant qu'il trouve plus ou moins de résistance d'un côté que de l'autre, et qu'il y ait sous ce rapport des variétés individuelles. C'est pourquoi un kyste parti de l'articulation radio-carpienne peut se montrer un peu plus haut ou un peu plus bas, sans que, pour cela, on doive croire à un point de départ différent.

Si le corpuscule synovial continue à s'accroître, il se rapproche de plus en plus des téguments. Pendant un certain temps, il était resté entre la synoviale et les tissus fibreux; mais un moment

arrive où il traverse ces derniers pour venir à la peau. Le plus souvent cette migration a lieu lentement : la tumeur s'engage dans quelque ouverture aponévrotique qu'elle dilate peu à peu, la traverse; et, devenue superficielle, elle se développe davantage parce qu'elle ne trouve plus, dans les parties voisines, la même résistance qu'elle rencontrait profondément.

Il peut se faire aussi que la tumeur, après avoir pris un certain accroissement sous les tissus fibreux, s'engage tout à coup dans une éraillure aponévrotique, et arrive subitement sous la peau. C'est ainsi que s'explique son apparition brusque à la suite de grands mouvements, comme on l'observe chez les fancilleurs, qui font souvent des efforts violents pour tenir et faire marcher leur instrument, chez les nourrices et les bonnes d'enfants, qui en font de semblables pour soulever et porter les enfants. Ce mode de développement a peut-être contribué à faire admettre l'opinion d'une hernie synoviale. C'est une hernie si l'on veut, mais non pas de la synoviale tout entière; c'est tout simplement la hernie, ou l'issue, à travers les ligaments, d'un kyste qui existait au-dessous, et était resté inaperçu depuis un temps plus ou moins long.

On comprend également que, plusieurs corpuscules s'étant formés à la fois, plusieurs tumeurs indépendantes puissent se montrer sous la peau, ou qu'une même tumeur, en s'échappant à la fois par deux ouvertures aponévrotiques, ait, sous la peau, deux lobes séparés, tandis que profondément elle est uniloculaire.

Cette origine des kystes synoviaux ganglionnaires expliquerait aussi leur défaut habituel de connexion avec les synoviales et les gaînes tendineuses.

Diagnostic. Les kystes formés par les bourses séreuses se distinguent en ceux qui sont constitués par les bourses normales, et en ceux qui proviennent de bourses anormales. Leur situation respective est donc le point culminant de leur diagnostic différentiel. Mais voyons, avant, quels sont les signes auxquels on peut reconnaître pareilles tumeurs de l'une ou l'autre espèce. A-t-on affaire à une tumeur plus ou moins bien circonscrite, plus ou moins dépressible, superficielle ou sous-musculaire, sous-aponévrotique? si elle n'offre pas la dureté des corps solides, et

qu'à la pression elle présente une certaine élasticité, on pourra déjà soupçonner une tumeur liquide ou semi-liquide. Si, par des manipulations diverses, on parvient ensuite à percevoir une sensation de fluctuation dans l'intérieur de la poche; si, surtout, cette sensation s'accompagne d'une crépitation attribuée, par M. Gosselin, à la présence de corpuscules albumineux, on a toutes les preuves qu'il s'agit d'un kyste provenant de quelque bourse séreuse. La tumeur est-elle située au voisinage d'une surface de glissement, articulation, coulisse tendineuse; rentre-t-elle en partie par une pression méthodique et soutenue? on peut, à coup sûr, en inférer qu'elle appartient à une bourse séreuse normale. Il n'y aurait guère qu'un kyste séreux situé au voisinage d'une articulation, et communiquant avec elle par une ouverture, suite de sa perforation spontanée, comme celui du creux du jarret opéré par M. Velpeau, et qui laissa arriver l'injection dans la cavité articulaire, qui pourrait donner lieu à une méprise. Mais quand il s'agit d'un kyste séreux, et notamment d'un kyste communiquant avec une poche articulaire, il est ordinairement d'un volume tel, qu'il exclut l'idée de kyste de bourses muqueuses, car ceux-ci n'arrivent jamais à un volume un peu considérable. Si la tumeur est située loin d'une surface de glissement normal, le diagnostic est plus difficile; car alors on peut rester dans le doute entre un lipôme, une loupe de quelque nature que ce soit, un kyste séreux pur et simple et l'hygroma. En ce cas, il faut s'adresser à tous les moyens d'investigation. Et d'abord le commémoratif apprendra si, par suite d'habitude, de profession, etc., il ne s'est pas établi là une bourse séreuse anormale. Si ces données se confirment, il y a tout à parier qu'on a affaire à un kyste provenant du développement considérable de la bourse séreuse anormale, distendue par une augmentation de sécrétion. Ordinairement alors, la tumeur a une base large, irrégulière; son corps n'est point aussi proéminent ni aussi régulièrement arrondi que celui d'un kyste séreux simple, ou d'une loupe. Dans cette dernière, il est rare, à moins d'une vétusté considérable, ou d'autres circonstances, qu'il y ait des adhérences qui empêchent de la mouvoir ou de l'isoler des parties sous-jacentes. Le contraire a lieu pour le kyste provenant d'une bourse séreuse normale ou anormale, qu'on ne peut isoler par

des manipulations, puisqu'il se continue, dans la plupart des cas, avec la cavité principale.

On reconnaîtra facilement les kystes hydropiques du poignet, soit à la face dorsale, soit à la face palmaire, en se rappelant les notions anatomiques fournies à leur sujet par M. Gosselin, la direction des trois principales bourses à la face dorsale, et de celles des fléchissures à la face palmaire, qui présentent une double cavité par l'adossement de deux membranes synoviales.

Dans cette dernière région, si la poche ne se prolonge pas du côté du pouce et du petit doigt, c'est que l'hydropisie existe seulement dans l'une des cavités formées par la double synoviale; dans le cas contraire, elle existe dans les deux cavités, ou bien ces deux cavités communiquent par une ouverture accidentelle, qui permet le passage du liquide de l'une dans l'autre.

Quant aux kystes ganglionnaires, ils ne communiquent pas avec l'articulation ou la gaîne tendineuse voisine, ou s'ils communiquent, c'est par un pertius si étroit, que la pression ne peut faire rentrer le liquide dans cette dernière cavité, et le diagnostic peut rester obscur. Ils peuvent en outre se présenter avec des formes diverses, pédiculés, bilobés, etc., ce qui ne tend pas à l'éclaircir davantage. Mais la sensation de la fluctuation à leur intérieur, le voisinage des articulations au pourtour desquelles ils se montrent d'habitude, sont susceptibles d'éclairer le praticien. Disons enfin que, pour ces kystes comme pour les hydropiques, il n'est qu'un moyen infaillible pour les faire reconnaître en cas de doute, c'est la ponction exploratrice. En effet, cette petite opération donne issue à une matière onctueuse, transparente, jaunâtre ou rougeâtre, qui n'est que de la synovie plus ou moins épaissie, quand il s'agit de kystes hydropiques des bourses séreuses ou ganglionnaires, et qu'il n'y a pas eu de travail phlogistique de la poche pour travestir les produits, ce qui peut arriver.

Traitement. Le traitement des bourses séreuses superficielles ou profondes diffère suivant que l'épanchement est séreux ou synovial, et purulent ou séro-purulent.

Pour les tumeurs à contenu séreux ou synovial, la compression avec application de substances résolutives, astringentes, telles que : alcool camphré, extrait de saturne, etc., a quelquefois

réussi, ainsi que l'écrasement : il faut donc y avoir recours avant tout, et persister longtemps à cause de l'innocuité. Les vésicatoires ont aussi fourni quelques succès. La ponction n'a d'autre avantage que celui de vider la poche, qui, d'ordinaire, ne tarde pas à se remplir. C'est donc un mauvais moyen. L'incision, qui a l'avantage de faire suppurer la poche, en mettant sa surface interne en contact avec l'air extérieur, ou en permettant l'introduction de bourdonnets de charpie dans son intérieur, peut exposer à des dangers : des érysipèles, des flegmons diffus peuvent en être la conséquence. Personne n'oserait extirper aujourd'hui une bourse séreuse profonde, formée par l'expansion d'une synoviale articulaire ou d'une gaîne tendineuse, pas plus que le ganglion produit par le développement anormal des corpuscules synoviaux de M. Gosselin ; ce procédé ne pourrait donc convenir qu'à l'hygroma. Les incisions sous-cutanées offriraient plus d'avantages ; mais disons de suite, qu'on ne serait pas autorisé à les mettre en pratique, dans ces mêmes cas, avant d'avoir essayé les injections iodées, qui réussissent à peu près toujours et n'exposent à aucun accident.

Quand l'hygroma est séro-purulent, les injections iodées peuvent et doivent encore être tentées, parce qu'elles donneront encore des succès ; mais quand l'épanchement est entièrement purulent, il convient de recourir à une incision large, et quelquefois, comme le veut M. Padieu, d'exciser toute la paroi superficielle de la capsule et les téguments qui la recouvrent.

2° Kystes séreux.

Il peut se développer sous la peau, sous les aponévroses, sous les couches musculaires superficielles ou profondes, des tumeurs kystiques à contenu purement séreux, et différant essentiellement de l'hygroma ou hydropisie des bourses séreuses normales ou anormales. On ne pourrait les faire rentrer dans la série des hygromas normaux ; car, presque toujours, leur origine, ainsi que leur mode de développement, ne sont pas les mêmes. Suivant les tissus dans lesquels prennent naissance les kystes séreux, et suivant le travail qui préside à leur évolution, leurs parois sont tapissées, à l'intérieur, par une membrane séreuse,

tandis qu'extérieurement elles sont constituées par une membrane celluleuse ou fibreuse. Ces parois peuvent donc être cellulo-séreuses ou fibro-séreuses.

Le volume de ces kystes n'a rien de déterminé, et est très-variable ; leur siége est dicté par la cause qui leur donne naissance. C'est ainsi que nous avons opéré un kyste séreux, sous-cutané, siégeant à la partie supérieure du sacrum, entre les deux fesses.

Le malade prétendait avoir fait une chute sur cette partie, quatre ans auparavant (1).

Les kystes séreux sont les plus faciles à reconnaître. La résistance élastique de leurs parois, la sensation d'un liquide dans leur intérieur les démasquent tout d'abord ; et si on pouvait être exposé à les confondre avec quelque autre tumeur, la ponction exploratrice serait un moyen infaillible pour révéler leur nature.

Sous-cutanés, sous-aponévrotiques, ou sous-musculaires, ils n'ont point une gravité pathologique par eux-mêmes. Mais en raison de leur développement, souvent considérable, et des parties au milieu desquelles ils reposent, ils peuvent devenir menaçants et nécessiter leur destruction. Leur guérison spontanée ne pourrait avoir lieu que par la perforation de la poche et la suppuration des parois. Il est incontestable qu'on a observé de pareilles guérisons ; mais, à coup sûr, on ne connaît aucun médicament ni aucun topique qui puissent les faire tendre vers cette issue. Aussi, dès que la tumeur devient menaçante, ce serait folie que d'espérer ou de s'en rapporter à la cure spontanée. En effet, tout en se perforant et se vidant, elle peut se remplir de nouveau, ou suppurer fort longtemps et donner lieu à des accidents consécutifs, tels que fusées purulentes, etc.

Les causes des kystes séreux, comme de la plupart des autres kystes, sont loin d'être connues. Chaque malade croit pouvoir rapporter la tumeur dont il est atteint à un coup, une chute, une pression prolongée, etc. Sans doute, ces circonstances et d'autres pareilles peuvent bien être prises en considération pour l'étiologie. Mais il serait puéril de leur accorder plus d'importance qu'elles n'en méritent.

(1) Voyez notre Mémoire sur les injections iodées, couronné par l'Académie de Toulouse, pages 48, 49.

Pour que de pareilles causes puissent avoir une action, il est évident qu'il faut qu'elles rencontrent une certaine prédisposition. Beaucoup de personnes sont soumises à ces causes, et peu sont affectées relativement de kystes.

Traitement. L'art chirurgical seul peut intervenir fructueusement pour la cure de ces kystes, comme de presque tous les autres. Les procédés qu'il met en usage sont différents. Ainsi que dans les kystes précédents, on a employé la ponction simple, l'incision, l'excision, l'ablation, la cautérisation. La ponction et la cautérisation pourraient donner quelques rares réussites; leur efficacité est donc problématique. Les trois autres procédés exposent à des dangers, surtout quand il s'agit d'aller dans des tissus profonds, sous-aponévrotiques.

Les injections iodées constituent certainement la meilleure méthode qu'on puisse leur opposer. Il n'est aucune de ces tumeurs qui, par sa situation, ne puisse permettre ce moyen curatif; il en est même qui, pour cette même raison, ne sauraient en supporter d'autres; et nous ne craignons pas d'avancer qu'il n'en est aucune qui puisse résister, si l'on sait recourir convenablement à plusieurs injections successives, à mesure qu'une partie des parois contracte des adhérences, et si l'on sait, suivant les circonstances, employer une solution concentrée de teinture iodique, et quelquefois la teinture à l'état de pureté. Ici, comme dans l'hygroma, la guérison s'obtient par l'oblitération du sac, oblitération qui survient par inflammation adhésive (1).

Depuis que nous mettons personnellement cette méthode en pratique, et cela nous est arrivé souvent, nous ne nous sommes jamais trouvé en présence d'un insuccès, et encore moins d'un revers. Il est encore une méthode de traitement qui serait plus inoffensive, si c'est possible, que les injections iodées, si son efficacité était bien constatée : nous voulons parler de celle que met en pratique M. Jules Guérin, et dont nous avons parlé à l'occasion de l'hydarthrose et de l'hydrocèle. C'est l'évacuation du liquide

(1) M. Velpeau a guéri de la sorte une foule de kystes séreux dans toutes situations. Le cas le plus remarquable est un énorme kyste situé dans l'aisselle : il offrait au moins la tête d'un fœtus, et avait d'abord été pris pour un vaste abcès froid. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, t. XIII, page 26.)

par la ponction sous-cutanée et au moyen de la pompe aspirante de l'auteur. M. Guérin détermine, par cette succion, assez d'inflammation dans le sac pour en obtenir l'adhésion.

3° Kystes hydatiques.

Les hydatides peuvent prendre naissance sur tous les points du corps, sans qu'on puisse leur assigner une cause bien définie. L'hérédité seule semble mieux avoir été constatée dans l'étude de leur étiologie. Les hydatides se logent volontiers dans les interstices musculaires, ou même dans le corps des muscles. Elles parviennent presque toujours à se former un kyste uniloculaire ou multiloculaire. Ces kystes peuvent avoir des volumes divers, suivant la date de leur existence. Il est certain qu'ils s'accroissent d'une manière plus ou moins rapide, à mesure qu'ils existent depuis longtemps.

C'est toujours en refoulant périphériquement, ou dans le sens longitudinal ou transversal, les tissus au milieu desquels ils existent, que se fait leur développement. Ils n'ont pas de forme précise. Celle-ci est plutôt subordonnée à la résistance que les tissus offrent plutôt dans un sens que dans l'autre. Cependant, en dehors de ces circonstances, la forme sphérique est celle qui leur est la plus ordinaire, suivant ainsi la moulure de l'hydatide primitive elle-même, qui est globuleuse, sphérique.

Les parois des kystes hydatiques sont composées, comme celles des kystes séreux, de la juxtaposition de deux membranes. L'une, interne, séreuse, semble appartenir à l'hydatide primitive, qui s'est développée plus ou moins pour en contenir une foule d'autres. Cette membrane est, d'habitude, lisse et unie à sa surface interne, à moins qu'elle n'ait été le siége d'un travail phlogistique, et unie intimement, par sa surface externe, à la seconde membrane ou extérieure, qui semble être une enveloppe d'emprunt. Celle-ci est celluleuse ou fibreuse : mais, à une époque avancée, c'est presque toujours cette dernière forme qu'elle présente, par suite de transformations.

Par elle-même, la poche hydatique est indolore dès le début. Les malades ne s'en sentent nullement fatigués. Ce n'est que quand elle est arrivée à un certain volume, capable de gêner les mou-

vements ou glissements d'organes voisins, de presser sur un nerf, un vaisseau, de distendre une aponévrose, qu'elle suscite des douleurs plus ou moins vives. Ce n'est souvent qu'alors que les malades y attachent de l'importance, tant à cause du volume, qu'à cause de la douleur apparue.

Il n'est pas rare de voir des kystes hydatiques multiloculaires occuper toute la longueur d'un membre, en suivant l'interstice celluleux qui sépare des couches musculaires, et comprimer celles-ci au point de les rendre minces comme une feuille de parchemin.

Diagnostic. Rien ne peut faire deviner la nature de la tumeur dès son début, surtout quand elle est un peu profondément située. Ceci est applicable à tous les kystes, de quelque nature qu'ils soient. Mais, à mesure que la saillie se prononce, qu'elle devient plus superficielle, il y a alors tous les caractères qui peuvent faire reconnaître un kyste liquide, c'est-à-dire rénitence sans dureté, élasticité des parois à la pression, et sensation d'une ondulation liquide. Jusque-là, on ne peut affirmer qu'une tumeur liquide; mais d'autres signes font reconnaître la nature hydatique. Si, à la pression de la main, on perçoit un froissement particulier de petits corps heurtant les uns contre les autres; si, en appliquant l'oreille sur la tumeur, on entend ce bruit particulier causé par le même frottement de ces corps ensemble, et qu'on a appelé frémissement hydatique, alors on est fixé sur le diagnostic. En tout cas, la ponction exploratrice servirait à éclaircir tous les doutes.

Traitement. Les tumeurs hydatiques enkystées ont une tendance à un accroissement indéfini; leur guérison spontanée n'est guère possible; elle ne pourrait avoir lieu, comme dans les autres kystes liquides, que par l'ouverture de la poche, l'évacuation des hydatides et la suppuration des parois. L'art doit donc intervenir pour leur guérison, et c'est par une opération chirurgicale que son intervention est utile. Poche vivace au milieu des tissus, susceptible de s'agrandir, de s'étendre continuellement, le kyste hydatique, une fois reconnu, doit être incisé pour évacuer les acéphalocystes et déterminer la suppuration du sac, ou bien il doit être enlevé en partie ou en totalité par l'excision.

Plus le kyste est volumineux et situé au centre ou au voisinage d'organes importants à ménager, plus cette dernière opération devient grave, dangereuse; elle ne peut convenir que pour les kystes superficiels ou d'un volume médiocre. L'incision, quand la poche est considérable, a l'inconvénient de mettre de larges surfaces en contact avec l'air extérieur, et d'exposer à l'infection purulente par la détérioration des produits phlegmasiques. C'est cependant le seul procédé qui soit applicable; reste à le modifier quant à ses conséquences.

Après avoir, par une incision suffisante, vidé la poche de tous les acéphalocystes qu'elle contient, il faut susciter une inflammation plastique, au lieu de laisser survenir une inflammation suppurative. Par les injections iodées, on obtiendra le premier résultat : l'expérience nous a appris que le liquide iodique, porté dans des poches suppurantes, en modifie immédiatement le travail morbide, et procure promptement l'adhésion des parois par productions plastiques.

Le nombre des injections à faire variera, dans ce cas, suivant l'étendue de la poche et la lenteur plus ou moins prononcée qu'elle mettra à s'oblitérer. Ce n'est qu'après avoir inutilement employé ce moyen, qu'il peut être permis de recourir à l'excision partielle ou à l'ablation.

4° Loupes.

On confondait autrefois sous le nom de loupe une quantité de tumeurs sous-cutanées, souvent bien différentes par leur nature et leur composition. C'est ainsi que l'on a groupé, sous cette dénomination, des tumeurs encéphaloïdes, fibreuses, des kystes séreux, séro-purulents, mélicériques, etc.

Ce nom doit être réservé, aujourd'hui, aux tumeurs enkystées dont le contenu n'est ni liquide ni solide, mais tient le milieu entre ces deux états, et dont les caractères n'ont rien de commun avec le cancer.

Les loupes, dont le siége est toujours immédiatement au-dessous de la peau, quelle que soit la région qu'elles occupent, sont des poches séro-fibreuses, contenant une matière variable sous le rapport de l'aspect et de la consistance. Si cette matière est fluide, elle est gluante, visqueuse, analogue à du blanc d'œuf,

différant par conséquent avec le liquide enfermé dans les kystes séreux. Il est des loupes qui contiennent une matière onctueuse, plus ou moins jaune, semblable au miel, ce qui leur a mérité le nom de mélicéris. La matière renfermée dans d'autres est une substance comparée à de la bouillie ou à du suif; c'est dans les athéromes. Puis enfin, il est des loupes qui contiennent une matière jaunâtre, formée de grumeaux, suspendue dans un liquide de même couleur, et qui rappelle l'aspect des caillots sanguins décolorés.

Quant à la forme, les loupes offrent une variété très-grande; elles peuvent se présenter uniques, solitaires, ou multiples sur le même sujet. C'est ainsi qu'il est arrivé d'en rencontrer jusqu'à douze et quinze sur un même individu. Leur volume, d'autant plus considérable que leur nombre est plus restreint, est dicté en partie par les régions du corps qu'elles occupent, en partie par les matières qui forment leur contenu, et par d'autres circonstances difficiles à préciser. C'est ainsi qu'à la région crânienne, contenues qu'elles sont entre le péricrâne et le cuir chevelu, elles ne présentent jamais autant de développement que sur d'autres parties du corps, garnies de beaucoup plus de tissu cellulaire sous-cutané, et revêtues d'une peau plus lâche, plus extensible.

A travers toutes les théories sur le mode de formation des loupes, une seule paraît fondée : c'est celle qui les fait découler du développement anormal d'un follicule cutané dont l'ouverture s'est oblitérée, et qui est dilaté par la matière qu'il sécrète. Quelques-unes sembleraient, exceptionnellement, formées par du sang épanché dans la poche séro-fibreuse, et ayant subi diverses transformations.

Mais nous croyons personnellement que, dans ces cas, il s'agit de vrais kystes sanguins, dont le sac s'est constitué sur un épanchement circonscrit de ce liquide, par suite d'un travail périphérique, analogue à celui qui se passe dans certains épanchements anciens et limités du cerveau.

Quoi qu'il en soit, en général la loupe se montre, au début, sous forme d'une tumeur sous-cutanée plus ou moins dure, à base large, et absolument sans douleur. La peau qui la recouvre ne change ni d'aspect ni de couleur; seulement, au cuir chevelu,

elle finit par se dégarnir de ses cheveux, et s'amincir en raison de son peu d'élasticité.

Pendant longtemps la loupe reste stationnaire; puis finit par prendre, au bout d'un temps, un accroissement plus ou moins rapide. Elle contracte alors des adhérences avec la peau et les tissus circonvoisins. Si elle repose sur un plan osseux, comme au crâne, elle comprime les os, dont elle peut gêner la nutrition, et qu'elle finit quelquefois par perforer.

Les loupes peuvent s'enflammer, s'ulcérer, suppurer; corroder, par leur suppuration, les parties voisines; nécroser ou carier les os subjacents, et causer même la mort des malades, par suite d'infection purulente. Mais telle n'est toujours pas leur marche et leur terminaison, tant s'en faut.

Presque tous les malades atteints de loupes attribuent leur tumeur à un coup, une chute, une compression, etc. Évidemment ce ne sont là que des causes occasionnelles qui ont besoin de rencontrer une prédisposition individuelle pour produire cet effet.

Diagnostic. Les loupes pourraient être confondues avec les autres kystes dont nous venons de parler. Les signes diagnostiques que nous avons donnés, en traitant de ceux-ci, doivent faire éviter la méprise. Elles pourraient être confondues encore avec le cancer encéphaloïde. Mais, généralement, celui-ci s'accompagne, même au début, de douleurs lancinantes qui n'existent jamais dans la loupe. Si ce caractère venait à manquer on éviterait l'erreur en se rappelant qu'une tumeur encéphaloïde, si elle présente de la dureté, un empâtement en quelques points, offre aussi une fluctuation en d'autres, comme si des cellules séparaient, dans la même tumeur, les solides des liquides, tandis que la loupe, quelle que soit sa nature, a une consistance uniforme dans tous ses points. L'exploration de la tumeur avec une aiguille confirmerait aussi le diagnostic; car si l'aiguille, enfoncée dans un encéphaloïde, le fait distinguer d'un kyste liquide, parce que dans celui-ci l'extrémité de l'aiguille peut se déplacer dans tous les sens, tandis que dans l'encéphaloïde elle ne peut se mouvoir que dans de très-petits espaces, retenue qu'elle est par les matières solides interposées: dans la loupe, l'extrémité de l'aiguille ne pourra pas se mouvoir du tout, à

moins que son contenu ne soit fluide, auquel cas elle se distingue de l'encéphaloïde de la même façon que le kyste séreux. Enfin, le liquide qui sort à la suite de la piqûre éclaire encore; car, tandis qu'il sort du sang dans la plupart des loupes, c'est un liquide *sui generis* qui s'écoule de l'encéphaloïde.

A la tête, les loupes peuvent être confondues avec une encéphalocèle, un fongus de la dure-mère. Dans la plupart des cas, l'encéphalocèle, pour être molle, élastique, arrondie comme la loupe, est cependant le siége de pulsations isochrones à celles du pouls : premier signe distinctif. Elle augmente et rougit par les cris et les efforts; elle diminue et disparaît même quelquefois complétement sous la pression des doigts, pour reparaître ensuite. Quand l'encéphalocèle se présente avec un de ces signes, elle ne peut être prise pour une loupe. Quand, au contraire, elle est insensible, sans pulsation, non réductible, l'erreur est possible, et on a vu des chirurgiens en opérer croyant avoir affaire à une loupe.

Le fongus de la dure-mère, quand il est saillant au dehors, et c'est seulement alors qu'il peut être pris pour une loupe, est le plus souvent bosselé; il n'a point de mobilité latérale, mais, par une pression graduée et soutenue, il se réduit dans le crâne; caractère qui le différencie de la loupe. Il est, en outre, le siége de deux sortes de battements, les uns isochrones à ceux des artères cérébrales, les autres coïncidant avec les mouvements d'expiration.

Traitement. Le traitement des loupes est tout chirurgical. Elles peuvent être détruites par cinq procédés : l'inflammation adhésive, la ligature, l'incision, l'excision, et la cautérisation.

L'inflammation provoquée au moyen des injections iodées, après avoir vidé la poche, ne peut être exploitée qu'en faveur de celles à contenu fluide. Dans ces cas, c'est le meilleur moyen.

La ligature n'est applicable qu'aux loupes naissantes ou pédiculées et peu volumineuses.

Au moyen de l'incision, on fait sortir, par pressions latérales, la matière contenue dans la poche; puis on provoque l'inflammation du sac par l'introduction de bourdonnets de charpie.

Cette charpie est renouvelée jusqu'à ce que des bourgeons charnus garnissent ses parois pour entraîner la cicatrisation. Ce procédé n'est point applicable à toutes les loupes.

L'extirpation lui est préférable. Par une incision simple, cruciale, ou en T, on énuclée la tumeur, ou on l'enlève par dissection.

La cautérisation consiste à appliquer, tout autour de la tumeur, une traînée de potasse caustique ou de pâte de Vienne, pour l'isoler des parties profondes, ce qui a lieu à la chute de l'escarre. Une fois la tumeur isolée, elle se sépare de ces parties, et il reste une plaie plus ou moins large à cicatriser. Ce procédé ne peut être applicable qu'aux tumeurs d'un petit volume, et chez des gens qui redoutent l'instrument tranchant.

5° Kystes mammaires.

Les mamelles sont le siége de kystes comme toutes les autres parties du corps. Nous voulons dire quelques mots de ceux situés entre les lobes mammaires ou interlobulaires. Ces kystes n'ont été bien étudiés que dans ces derniers temps. Nous empruntons les principaux détails, à un mémoire lu par M. Robert, en séance de la Société de Chirurgie, le 10 janvier 1849.

Ces kystes sont tous uniloculaires, et primitivement développés dans le tissu cellulaire qui unit entre eux les divers lobes de la glande du sein. D'abord complétement entourés par le tissu de la glande, ils distendent celle-ci, et s'en constituent comme une espèce de coque. Puis, continuant à grossir, ils se font jour à travers l'écartement de ces lobes, et ne sont plus alors recouverts, du côté de la peau, que par le tissu cellulaire adipeux sous-cutané. C'est à ce moment que, leurs progrès devenant plus rapides, ils commencent à attirer l'attention du malade, et sont soumis à l'observation du chirurgien.

Ils ne causent, en général, ni douleur ni troubles fonctionnels. Une fois sur six, M. Robert a observé des douleurs névralgiques du sein, au bras et à l'épaule; ces douleurs cédèrent à la ponction.

Ces kystes renferment un liquide ordinairement transparent et citrin, comme celui des hydrocèles, quelquefois verdâtre ou

roussâtre. Leurs parois sont presque toujours très-minces et très-adhérentes au tissu de la glande mammaire. Leur surface interne est lisse comme celle des membranes séreuses. Le tissu de la glande qui les environne n'est quelquefois pas altéré, et présente, à sa surface, l'aspect granulé ou lobuleux qui lui est propre.

Dans un cas, cependant, M. Robert a vu une inflammation subaiguë se développer autour du kyste, avec engorgement du tissu cellulaire, avec adhérence et rougeur des téguments. Deux ganglions engorgés se remarquaient derrière le bord externe du muscle grand pectoral ; le kyste lui-même contenait des fausses membranes et un liquide d'un vert brun.

Les kystes séreux profonds du sein se présentent sous la forme de tumeurs sphéroïdes, d'un volume qui peut varier entre celui d'une noix et celui d'une petite orange. Le toucher reconnaît, à leur surface, tantôt de petites saillies comme granuleuses, tantôt des bosselures un peu plus volumineuses ; leur consistance est à peu près celle du squirrhe ou des corps fibreux du sein. Mais le plus souvent il existe, à leur portion la plus saillante, au centre de leur surface, un petit point où la rénitence est élastique et bien différente de celle que présentent les autres parties du corps de la tumeur. C'est là un premier point pour le diagnostic. On peut percevoir la fluctuation en saisissant d'une main et comprimant brusquement la tumeur sur deux points opposés de sa base, tandis que l'indicateur de l'autre main est appuyé sur la partie élastique et molle.

Quand le kyste est encore complétement enveloppé par le tissu glanduleux, il est très-difficile de le reconnaître ; il faut alors une ponction exploratrice pour dissiper tous les doutes.

Ces kystes peuvent marcher de pair avec d'autres tumeurs de la glande mammaire, et quelquefois c'est au milieu de ces tumeurs mêmes qu'ils siégent. Ils peuvent donc se compliquer de tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, cancéreuses. Ils pourraient être facilement confondus avec des kystes hydatiques, ce qui est arrivé à M. Lenoir sur une jeune fille qu'il croyait opérer d'un kyste séreux.

Traitement. Les kystes mammaires interlobulaires sont d'ordinaire facilement curables, quand ils ne se compliquent pas de

tumeurs de mauvaise nature, ou qu'ils ne siégent pas au milieu d'un tissu dégénéré. Dans le cas contraire, il faut leur appliquer l'extirpation qui embrasse toute la dégénérescence jusqu'aux tissus sains; tandis que, dans le premier, les injections iodées en triomphent presque toujours, et sans récidive, ainsi que l'ont démontré MM. Velpeau, Nélaton, etc. (1). Outre la dégénérescence des parois du kyste ou du tissu ambiant, il est encore une autre circonstance qui en nécessite l'ablation, c'est quand ces kystes sont multiloculaires. M. Nélaton a opéré récemment et avec succès un kyste pareil provenant de la dilatation d'une portion de vaisseaux galactophores dont la partie supérieure était obturée.

6° Kystes purulents.

Les abcès enkystés sont susceptibles de se montrer aussi à la périphérie du corps, sous la peau, sous les aponévroses ou sous les couches musculaires. Les kystes purulents peuvent procéder d'un foyer purulent circonscrit, qui, par l'inflammation périphérique qu'il suscite dans les tissus ambiants, se recouvre d'une pseudo-membrane qui lui sert de membrane d'enveloppe, par ses transformations ultérieures. Ces abcès enkystés sont parfaitement distincts des abcès par congestion, qui s'enkystent aussi partiellement, par suite du refoulement que le pus exerce sur les aréoles du tissu cellulaire dans lequel il s'amasse, et qu'il fait servir à la poche d'enveloppe. L'abcès par congestion n'est pas un véritable kyste, puisqu'il conserve un pertuis supérieur, qui, au moyen d'un canal morbide, communique avec la portion d'os altéré qui lui a donné naissance.

Outre ces kystes ou abcès purulents, il en est encore d'autres qui, primitivement séreux ou d'une autre nature, finissent par devenir purulents ou séro-purulents, par suite d'un travail phlegmasique qui s'est emparé de leurs parois.

Les kystes purulents peuvent siéger plus ou moins longtemps

(1) M. Velpeau a guéri, par les injections d'iode, un kyste mammaire qu'un médecin avait considéré comme un squirrhe qu'il était urgent d'enlever. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, t. XIII, p. 27.)

dans les organes sans causer de troubles ni d'accidents sérieux. Sous ce rapport, nous dirons que les abcès enkystés sont plus inoffensifs que les kystes suppurés, parce que, ordinairement, la poche de ces derniers tend à se perforer par suite du travail phlegmasique dont elle a été frappée.

Les abcès enkystés que l'on rencontre le plus fréquemment sont des abcès froids, ayant pour noyau central une glande ramollie, suppurée, et dont le pus s'enferme dans la capsule glandulaire qui lui sert de coque.

Nous n'avons pas à faire l'histoire de tous les abcès enkystés ni des kystes purulents; il nous suffira de dire qu'une fois reconnus ils doivent être opérés.

On peut plus ou moins soupçonner ces kystes d'après diverses données; mais le moyen infaillible qui les décèle, c'est la ponction exploratrice.

Traitement. Le traitement de ces kystes consiste à vider la poche et à en obtenir la cicatrisation. Les injections iodées marchent encore en première ligne pour obtenir ce dernier résultat. Nous disons même qu'on ne doit jamais négliger d'y recourir (1). La méthode de M. Guérin peut être encore mise en usage. Vider la poche par une ponction sous-cutanée et par la succion de la pompe aspirante, nous paraît un excellent moyen. (Voir à l'article Hydrothorax, la description de la méthode et des instruments dont se sert M. Guérin, page 323 et 324.)

B. — KYSTES DE LA PÉRIPHÉRIE ET DES EXTRÉMITÉS DU CORPS A CONTENU SOLIDE.

Nous avons déjà dit que ces kystes peuvent présenter des variétés infinies, quant à leur contenu. Depuis les projectiles (balles) jusqu'à des morceaux de fer, de verre, des aiguilles, etc., on peut trouver enkystés toutes sortes de corps étrangers venant du dehors. Il nous serait impossible d'en faire l'histoire. Souvent on peut les reconnaître *à priori;* plus souvent encore on ne les devine que dans le courant de l'opération. En tout cas, ces kystes doivent toujours être ouverts, pour les débarrasser de leur

(1) Voyez notre Mémoire sur les injections iodées, où une foule d'exemples sont relatés, p. 52 et suiv.

contenu et favoriser l'adhésion des parois de la poche. Il en est d'autres à contenu solide, qui se sont formés sur des produits de transformation organique, ou sur des produits hétérogènes ; tels sont les kystes à contenu fibreux, fibro-plastique, ossiforme, crétacé, cancéreux, etc. Nous ne parlerons que de ces derniers comme ayant une haute importance au point de vue pratique, les autres nécessitant, du reste, le même moyen de traitement et donnant toujours des résultats satisfaisants dans l'opération.

Kystes squirrheux et encéphaloïdes.

C'est à Dupuytren que revient l'honneur d'avoir reconnu le premier les kystes squirrheux sous-cutanés, et d'en avoir posé les caractères distinctifs.

On peut observer aussi ces kystes sous les aponévroses ; mais presque toujours ils siégent dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est aux membres, et surtout là où les téguments reposent sur un plan osseux, qu'ils font, de préférence, élection de domicile. Ces tumeurs, toujours solitaires, sont ordinairement d'un petit volume, et varient pour la forme.

Si on les examine extérieurement, elles sont lisses, opaques et très-dures. Leur tissu est d'un blanc terne, d'une consistance fibreuse, ou fibro-cartilagineuse ; il est homogène. Si on les coupe, elles présentent des couches concentriques, unies entre elles par un tissu cellulaire dense et serré, et dont les extérieures sont les plus consistantes. Elles offrent le craquement lardacé. Ces tumeurs sont entourées d'une poche kystique à parois denses, résistantes, opaques, et de nature évidemment squirrheuse aussi. Le microscope y découvre les éléments propres au cancer. Ce que l'on sait de plus certain sur leur étiologie, c'est qu'elles semblent se rattacher à une disposition générale.

Diagnostic. La douleur est un des caractères saillants et distinctifs de ces sortes de kystes ; manifeste, même avant l'apparition de la tumeur, cette douleur va croissant ou varie, se montre par accès irréguliers, pour devenir, plus tard, tout à fait continue. Si quelquefois elle s'irradie dans les parties voisines ou

le long du trajet d'un nerf, ce n'est que lorsque la tumeur est située sur le voisinage de ce nerf. La pression exaspère cette douleur, ainsi que les mouvements. Si on explore l'endroit ainsi endolori, on découvre sous la peau une petite tumeur dure et mobile; plus tard, cette tumeur contracte des adhérences avec la peau, qui devient violacée à son niveau. Plus tard encore, la peau participe à la dégénérescence squirrheuse, et devient le siége d'un petit ulcère cancéreux : telle est la terminaison ordinaire.

On ne pourrait confondre les kystes squirrheux qu'avec une névralgie ou une névrose; mais les douleurs névralgiques occupent le trajet d'un nerf. Si elles sont vives, elles n'ont point le caractère lancinant propre aux squirrhes. En outre, les douleurs névralgiques n'augmentent point à la pression, et n'offrent pas une tumeur sous-cutanée pour point de départ.

Le kyste encéphaloïde est une forme fréquente dans les cancers de cette nature. La matière cérébriforme constitue des agglomérations circonscrites qui, refoulant les parties voisines, forment, aux dépens de leur tissu cellulaire, un véritable kyste; peut-être cette enveloppe celluleuse n'est-elle pas simplement le résultat d'une circonstance fortuite, et son évolution est-elle essentiellement liée à celle du cancer lui-même.

Toujours est-il que ces kystes sont, en général, transparents, d'aspect parfois cartilagineux; que leur face interne est doublée d'un feuillet vasculaire dont les prolongements nombreux pénètrent dans la tumeur, en suivant les divisions de la trame celluleuse proprement dite.

Ces kystes ne tiennent, en général, aux parties voisines que par un tissu lamelleux très-lâche et facile à détacher; aussi les tumeurs de ce genre sont-elles, en général, d'une mobilité remarquable et d'une énucléation facile. Le caractère, le genre de douleurs dont elles sont habituellement le siége, les font distinguer de tous les autres kystes. L'exploration au moyen d'une aiguille empêcherait toute confusion, s'il pouvait y en avoir dans le diagnostic. On n'a qu'à voir ce que nous avons dit à ce sujet page 485, en traitant du diagnostic des loupes.

Traitement. C'est en leur destruction par les caustiques ou par l'excision que se traduit nettement leur traitement. Les caus-

tiques peuvent réussir, et ont réussi quelquefois. On sait que beaucoup de charlatans exploitent aussi les trochisques arsenicaux contre ces tumeurs; mais, à coup sûr, l'ablation est le moyen le plus expéditif, et qui en triomphe le plus constamment. Elle doit être employée de bonne heure, dès que la nature du kyste est parfaitement reconnue, avant que la peau ait subi l'altération ulcéreuse, et que l'organisme ait pu subir une infection secondaire, qui ne ferait qu'ajouter à la disposition générale.

DEUXIÈME ORDRE.

KYSTES DES CAVITÉS.

Les kystes des cavités du corps offrent un bien plus grand intérêt que tous les autres, tant à cause des organes qu'ils avoisinent, ou au milieu desquels ils vivent, qu'à cause de la difficulté que présente leur diagnostic.

Nous devons considérer ici les kystes suivant qu'ils siégent dans la cavité crânienne, dans la cavité buccale ou pharyngienne, dans la cavité thoracique et dans la cavité abdominale.

A. — Kystes de la cavité cranienne.

Les kystes situés dans cette cavité peuvent être de toutes natures. Tous ceux dont nous venons de faire brièvement l'histoire, à l'exception des loupes, peuvent y prendre naissance. Leur siége peut être intracérébral ou dans la pulpe même du cerveau, et extracérébral ou en dehors de cet organe, dans les méninges qui l'enveloppent, ou hors de ces méninges. Dans l'une ou l'autre de ces situations, ils offrent toujours une très-grande gravité, à cause de la gêne qu'ils apportent dans l'exécution des fonctions du cerveau.

Les plus fréquents de ces kystes sont, sans contredit, les kystes hématiques, ou ceux qui, ayant eu pour noyau primitif un foyer apoplectique circonscrit, ont passé par diverses transformations morbides, à l'état purulent, séro-purulent, granuleux, fibreux, cartilagineux, osseux, etc.

Après les kystes à noyau primitivement sanguin, viennent les

kystes purulents ou dont la poche s'est formée sur un foyer purulent, circonscrit et bien isolé; on en observe dans la pulpe cérébrale elle-même, comme à la surface des méninges qui la recouvrent. Ils résultent ordinairement d'une cérébrite ou d'une méningite partielle, quelle que soit la cause qui ait donné naissance à ces dernières.

Les kystes hydatiques font aussi élection de domicile dans la cavité crânienne. La science possède plusieurs faits de ce genre. C'est surtout dans la grande cavité arachnoïdienne et dans les ventricules latéraux qu'on les a observés.

Les kystes purement séreux sont excessivement rares dans la même région; et quant à ceux qu'on y a rencontrés, il est douteux qu'ils ne fussent pas le produit de kystes primitivement hématiques, et dont le contenu s'était décomposé par la longueur du temps et par effet de nutrition (1).

Pour les kystes à contenu solide qu'on peut rencontrer dans la cavité crânienne, les plus fréquents sont, sans aucun doute, les tuberculeux. En effet, le cerveau est l'un des organes où les tubercules semblent le moins avoir la propriété de se montrer à l'état diffus, ou sous forme de poussière tuberculeuse. La plupart du temps, ce sont des tubercules solitaires ou peu nombreux qui surgissent dans la masse encéphalique, et s'y enkystent avec facilité.

On rencontre aussi, dans le cerveau, des kystes cancéreux. Quant aux autres kystes à contenu solide, ils y sont bien rares, et si l'on en rencontre parfois, on peut dire, à coup sûr, qu'ils sont le résultat de transformations de la matière primitive.

Quand on décrirait minutieusement la nature, la composition et le mode de formation des kystes intracrâniens, on avancerait fort peu la pratique, car la thérapeutique n'a que peu de prise sur eux. Nous la servirons plus fructueusement en essayant de tracer leur symptomatologie et leur diagnostic; nous pourrons mettre les praticiens à même de ne pas les confondre avec

(1) Il est bien entendu que nous faisons abstraction ici des collections séreuses intracrâniennes qui constituent l'hydrocéphale sous diverses formes, et dont nous avons suffisamment parlé à l'article Hydrocéphale. M. Cruveilhier cite un cas de kyste séreux dans le côté droit du cervelet. Mais l'observation est incomplète, et tout porte à croire que ce kyste avait succédé à un foyer apoplectique. (*Anatomie pathologique*, avec pl., XXXVIIe livraison, p. 2.)

d'autres maladies, le plus souvent curables, et par conséquent d'éviter des erreurs préjudiciables.

Symptomatologie. Diagnostic. Les kystes du cerveau n'ont point une symptomatologie propre. Les phénomènes auxquels ils donnent lieu ont des rapports communs avec différentes affections encéphaliques. La douleur est un des caractères qui leur appartiennent, en raison de la sensibilité exquise de l'organe au sein duquel ils se trouvent ou qu'ils compriment. Cette douleur, apparente même dès le début, va en croissant à mesure que le kyste prend du développement et exerce une pression plus étendue. Elle a un caractère de fixité tel, qu'on pourrait presque désigner la région qu'occupe le kyste, en tenant un compte rigoureux de son point de départ pour s'irradier plus ou moins loin.

Cette douleur peut offrir des caractères divers, lancinante, gravative, térébrante, etc., sans qu'aucun d'eux ait une portée réelle pour faire reconnaître la nature du kyste. Après la douleur, viennent les lésions de fonctions des parties du cerveau dans lesquelles le kyste se trouve logé ou qu'il comprime, comme caractère propre à le démasquer. Telles sont les lésions de la sensibilité et de la motilité des diverses parties du corps auxquelles se distribuent les nerfs émergents de la partie affectée du cerveau. La plupart du temps, c'est la diminution de ces deux propriétés des tissus qui accompagne la présence du kyste intracrânien; ou bien, s'il se montre des convulsions toniques, c'est pour être suivies bientôt d'un relâchement plus ou moins complet de la myotilité. La paralysie partielle est donc l'un des phénomènes fondamentaux qui caractérisent ces tumeurs enkystées.

Nous pouvons avancer que cette paralysie arrive lentement, graduellement, après ou sans convulsions des parties qui en deviennent le siége. Cependant, quand le kyste succède à un foyer apoplectique, et ce cas est fréquent, la paralysie qui a lieu d'emblée, comme dans le coup de sang, loin de diminuer, ainsi que cela arrive quand le foyer apoplectique se résorbe, demeure stationnaire, tenace, et résiste à tous les moyens employés, sans gagner pourtant en étendue.

Les divers troubles des sens, tels que la diminution ou l'exaltation, l'aberration de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, etc., peuvent accompagner la présence d'un kyste dans le cerveau, sans qu'on

puisse assigner à aucun d'eux un caractère qui lui soit propre. On voit donc que la symptomatologie est obscure et commune à bien d'autres affections.

Voyons maintenant s'il y a quelques moyens de distinguer les kystes intracrâniens des autres maladies du cerveau ou de ses annexes. Nous pouvons répondre hardiment que ce n'est que par la méthode d'exclusion, au lit du malade, qu'on peut quelquefois atteindre ce but.

Des maladies du cerveau ou de ses annexes, les unes débutent avec rapidité, avec une acuité plus ou moins prononcée, après l'action de causes dont on peut bien apprécier le mécanisme; telles sont : l'encéphalite, la méningite générale ou partielle, la congestion cérébrale, l'apoplexie. On ne peut donc confondre les kystes intracrâniens avec ces maladies. Les autres arrivent lentement, sourdement, affectent une chronicité prononcée dès le début, suivent une marche incertaine, ont une longue durée. Ce sont celles précisément que l'on pourrait confondre avec eux.

Parmi ces dernières, on peut citer le ramollissement non inflammatoire du cerveau, l'hypertrophie par vice de nutrition, les diverses dégénérescences dont cet organe ou ses enveloppes peuvent être le siége, les tubercules, et enfin l'hydrocéphale acquise chronique. Rappelons brièvement les caractères principaux de ces diverses maladies, et nous ferons remarquer ensuite les points culminants qui doivent les faire distinguer des kystes.

Au début, le ramollissement sénile du cerveau ne pourrait être distingué d'un kyste, les phénomènes d'innervation étant à peu près les mêmes. Cependant, comme le ramollissement n'affecte à peu près que les gens avancés en âge, il y a déjà là une circonstance qui doit faire tenir en garde. Mais dans une période plus avancée, il se présente des phénomènes qui ne doivent plus permettre la méprise. Tandis que le kyste exalte d'abord la sensibilité par l'irritation qu'il détermine, le ramollissement l'émousse.

Dans le premier, il peut y avoir et il y a souvent convulsions cloniques : dans le second, ce signe fait absolument défaut ou se montre avec peu de persistance. Dans le ramollissement du cerveau, le tact devient obtus, les malades ont des fourmillements dans les membres, ne perçoivent pas les objets sur lesquels ils marchent ou qu'ils touchent : dans le kyste, ces signes font défaut

ou sont bornés à une seule partie du corps. Dans le ramollissement, la paralysie, d'abord partielle et débutant, d'habitude, par les extrémités inférieures, progresse vers les parties voisines et tend à se généraliser : dans le kyste, la paralysie est bornée à une partie, à moins que la tumeur ne siége sur un point central, ou ne comprime, par son développement, une vaste étendue de l'encéphale.

Enfin, dans le ramollissement, l'intelligence émoussée tend sans cesse à s'affaisser jusqu'au point d'arriver à l'idiotie : dans les kystes, l'intelligence reste intacte, ou, si elle se pervertit, c'est plutôt par une exaltation partielle, ou par l'affaissement de tel ou tel de ses attributs, suivant la portion affectée du cerveau.

Le ramollissement fait tendre l'organisme à une décadence croissante, pour aboutir à la mort : l'entretien de la vie a ordinairement lieu avec le kyste ; et s'il suscite la mort, c'est plutôt par des accidents aigus consécutifs que par la décadence graduée.

Dans le ramollissement du cerveau, la vie organique finit par participer à la décrépitude qui a frappé celle de relation : ce phénomène ne se présente jamais dans les kystes.

L'hypertrophie du cerveau ne saurait être confondue avec les kystes intracrâniens, quand elle est congénitale ; il n'en est pas de même quand elle est acquise. Mais l'hypertrophie a quelques caractères significatifs qui peuvent servir le diagnostic. Les premiers troubles portent sur la sensibilité. Il apparaît une céphalalgie ordinairement violente, se présentant par paroxysmes suivis d'affaissement, de collapsus. Des convulsions et des convulsions générales en sont la suite. A ces convulsions succèdent de vraies attaques d'épilepsie ou choréiformes. La marche est incertaine, chancelante ; les hallucinations sont fréquentes ; puis survient la paralysie avec tendance à la généralisation, phénomène éminemment propre à faire distinguer cet état morbide des kystes. Souvent il se manifeste dans l'hypertrophie acquise un état fébrile, du délire. Enfin l'idiotie, un état comateux avec dilatation des pupilles, finissent par caractériser la dernière période. On voit que c'est surtout à la généralisation des symptômes et leur très-grande intensité, dans l'hypertrophie, qu'il appartient de servir de base au diagnostic différentiel.

L'atrophie congénitale du cerveau ne peut non plus être con-

fondue avec les kystes intracrâniens, puisqu'elle s'annonce après la naissance par des signes relatifs à la nutrition, tels qu'atrophie de tout ou partie du corps, langueur ou nullité des fonctions, rapetissement du crâne, inaptitude à prendre le sein, etc.

Quand elle est acquise, ou que les parents, n'ayant que tardivement aperçu ces signes, ne peuvent en préciser l'origine, le diagnostic est beaucoup plus obsur. Mais il y a ordinairement, alors, certains signes qui sont assez caractéristiques de l'atrophie du cerveau. Tels sont l'idiotie, la paralysie de partie du corps avec atrophie musculaire, ou contractures des muscles paralysés, contractures qui finissent par entraîner des difformités dans les membres, affaiblissement de la vue, perte de la mémoire avec inaptitude plus ou moins complète au travail. La circonstance de l'enfance est encore un des caractères qui serviraient, avec un ou plusieurs de ces signes, à différencier l'atrophie du cerveau, des kystes intracrâniens. Mais il faut bien l'avouer, il est des circonstances où on peut ne pas avoir la réunion de signes suffisants pour asseoir le diagnostic ; et, alors, le médecin ne doit se prononcer qu'avec réserve.

Les tumeurs cancéreuses ou autres dégénérescences du cerveau, ainsi que les tubercules, ne peuvent, à coup sûr, être distingués des kystes greffés sur le même organe ; les uns et les autres sont éminemment chroniques, donnent lieu aux mêmes troubles, aux mêmes phénomènes.

Pourtant, à travers ce dédale, il est encore quelques points culminants qui peuvent servir à éclairer le médecin. En effet, du moment qu'en présence d'un malade offrant les signes communs à ces divers états morbides l'esprit se trouve dans l'hésitation ; si on trouve, dans les autres organes, des traces de tubercules, et surtout d'une tuberculisation générale, on pourra rationnellement en induire qu'il s'agit de tubercules cérébraux. Si le malade porte, au contraire, sur un ou plusieurs points du corps, des tumeurs cancéreuses, et que, de plus, il présente, dans son ensemble, ce cachet particulier de cachexie ou d'infection cancéreuse, on pourra pencher, à bon droit, vers l'existence de semblables tumeurs dans le cerveau : mais voilà seulement en quoi peuvent se résumer nos investigations diagnostiques. L'hydrocéphale chronique et acquise ne saurait être confondue avec les

kystes intracrâniens, puisque, dans presque tous les cas, elle succède à une affection aiguë du cerveau ou de ses enveloppes, et que, dans les autres cas très-rares, elle découle d'une maladie à action générale, telle que maladie de Bright, altération du sang, etc., maladie qui est toujours suivie d'autres suffusions séreuses.

Traitement. L'art peut-il intervenir fructueusement dans les kystes intracrâniens? La réponse est malheureusement négative. La nature seule peut faire les frais de la guérison, et l'on sait combien sont impuissants les efforts de la nature dans ces sortes de maladies. Que faire donc contre elles, inaccessibles qu'elles sont aux instruments? Évidemment rien, si ce n'est de la palliation. Tel est, malheureusement et bien souvent, le rôle qui nous est réservé, en face de maladies que nous sommes parvenus à démasquer! Et pourtant, si dans quelques cas exceptionnels, surtout dans l'enfance, où les os sont encore tendres, il arrivait qu'une tumeur kystique eût perforé les tables osseuses pour venir faire saillie au dehors, nous pensons qu'après en avoir pertinemment reconnu la nature, si le contenu est liquide, le médecin ne devrait pas rester inactif. Ce serait le cas de ponctionner la tumeur pour la vider, et de chercher ensuite à en obtenir la guérison au moyen des injections irritantes, celles d'iode. Si, par les signes diagnostiques, on pouvait préciser le siége d'un kyste superficiellement placé sous les os, et qu'on pût soupçonner sa nature avec quelques chances de certitude, l'opération du trépan serait indiquée.

B. — Kystes de la cavité buccale et pharyngienne.

Les cavités buccale et pharyngienne peuvent être, comme toutes les autres parties du corps, le siége de kystes à contenu liquide ou solide. Nous ne nous occuperons plus, dans cet article, à répéter tout ce que nous avons dit en traitant des kystes sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, ni à poser encore les signes diagnostiques de chaque espèce. Les cavités buccale et pharyngienne peuvent être facilement explorées du doigt et de la vue; par conséquent les tumeurs kystiques développées dans leur sein peuvent être aisément reconnues. Leur traitement est littéralement le même que pour celles des autres régions, c'est-à-dire que

c'est aux moyens chirurgicaux qu'il s'adresse, sauf à varier quant aux procédés opératoires à mettre en usage, suivant telle ou telle position ou suivant la nature de la tumeur.

Mais il est quelques kystes qui sont plus spécialement et, nous dirons, uniquement propres à la cavité buccale; nous devons nous arrêter un instant sur leur compte.

Grenouillette.

Il nous semble démontré qu'on décrit sous le nom de grenouillette, nous ne dirons pas des tumeurs différentes quant à leur contenu, mais au moins quant à leur point de départ et à leur mode de développement. Il suffit, à cet égard, de lire les opinions des chirurgiens de diverses époques, pour s'assurer de la réalité de la confusion. La grenouillette est une tumeur ordinairement sublinguale, prenant racine au centre ou à droite et à gauche du frein. Elle peut aussi se présenter sur l'un des côtés de la langue, entre elle et le rebord alvéolaire interne. Cette tumeur est liquide, au moins dans sa plus grande étendue, car elle peut contenir quelquefois et en même temps un calcul, une concrétion.

Les avis sont partagés au sujet de la grenouillette. Les uns en font une simple dilatation du conduit de Warthon. Cette opinion date de Jean-Louis Petit, et compte encore de nombreux partisans parmi nos chirurgiens. D'autres la considèrent comme un kyste séreux ou séro-muqueux, ayant pris naissance dans l'un des follicules de la muqueuse qui tapisse la cavité buccale, et plus spécialement de l'un des follicules sébacés, si nombreux au-dessous du frein de la langue. Queqlues-uns enfin, et ils sont très-rares, soutiennent que c'est une dent, une racine échappée de son alvéole qu'elle a trouée, qui donne naissance à la tumeur. Ils soutiennent cette opinion pour les grenouillettes dans lesquelles on trouve des calculs. Loin de regarder ces calculs comme des concrétions salivaires, les auteurs dont nous parlons trouvent en eux des dents plus ou moins déformées et altérées dans leur texture. Nous pensons que chacune de ces trois opinions est fondée en fait, c'est-à-dire que le kyste en question pourrait bien avoir ces trois sources différentes; mais aucune d'elles n'est acceptable pour la généralité.

Ceux qui se refusent à voir dans la grenouillette une dilatation du conduit de Warthon s'appuient sur ce qu'on n'a jamais pu reconnaître les points anatomiques de ce canal sur la tumeur, et notamment sur ce qu'on n'a jamais pu lui trouver un orifice susceptible d'admettre même l'extrémité du stylet d'Anel. Ces raisons étaient puissantes et fondées.

Mais M. Chassaignac a observé, sur une jeune fille, une grenouillette dont il a constaté l'orifice avec un stylet d'Anel. En fendant la tumeur, ce chirurgien l'a perforée en arrière. Elle s'est affaissée d'abord, puis reproduite; son orifice antérieur est resté libre, mais l'ouverture postérieure s'était fermée (1).

Voilà donc un fait qui, quoique manquant de détails, prouverait en faveur de la dilatation du canal de Warthon. Mais en voici un second bien autrement concluant.

M. Hipp. Larrey, opérant un malade dont il entretint la Société, dans la même séance, chercha en vain, sur la tumeur, un orifice externe, au moyen du stylet d'Anel : la compression ne fit également jaillir aucun liquide. Mais, en poursuivant son opération, après avoir disséqué la muqueuse près du frein, sans toucher à la tumeur, il vit un jet de liquide salivaire projeté à distance et à deux reprises, par une ouverture si fine et si rétractile, qu'elle devenait impénétrable au stylet le plus fin. Pendant l'extirpation, la tumeur fut ouverte, et le liquide qu'elle contenait recueilli. Après son extirpation, l'auteur reconnut un tissu de nature séro-fibreuse, d'épaisseur variable, offrant ainsi des points de transparence et un état d'injection vasculaire assez prononcé, mais aucun indice de l'ouverture qui devait exister. Le liquide, recueilli au moment de l'incision, laissa voir, à l'analyse chimique et à l'examen microscopique, du pus, de la salive, des matières inorganiques et des traces de sang (2).

Ce second cas prouve, bien plus évidemment que le premier, qu'il s'agissait bien ici d'une dilatation du canal de Warthon. Le jet du liquide, après la dissection de la muqueuse, sans que la poche eût été touchée; sa nature, reconnu qu'il fut, à l'analyse, pour être formé de salive en grande partie, sont des témoignages

(1) *Séance de la Société de Chirurgie*, 20 nov. 1849.
(2) *Société de Chirurgie*, séance du 23 janvier 1850.

convaincants. Si, après l'ablation de la tumeur, l'auteur n'a pu lui trouver des traces d'orifice, c'est que les tissus s'étaient rétractés, et que, d'ailleurs, l'état morbide avait dû singulièrement obturer l'ouverture, par leur épaississement.

Il nous paraît donc prouvé que la grenouillette, dans bon nombre de cas, résulte de la dilatation du canal de Warthon : mais est-ce à dire que c'est là son origine constante ? Non, et nous admettons volontiers les deux autres modes de production. En effet, d'une part, l'expérience des plus habiles chirurgiens a démontré sans réplique qu'il se forme très-souvent, au-dessous de la langue, là où un tissu cellulaire adipeux et lâche garnit des espaces sous-muqueux, des kystes provenant du développement anormal d'un de ses follicules, obtéré à son ouverture externe. Si la nature du liquide contenu, filant et visqueux, analogue à la salive, semblerait, dans ce cas, devoir faire conclure à la dilatation du conduit de Warthon, il est facile de comprendre que les cellules adipeuses, pour sécréter partout un liquide identique au fond, empruntent aux organes ou aux tissus environnants des propriétés dont ce liquide se ressent. Dès lors, rien d'étonnant que le liquide sécrété par ces kystes ait une certaine analogie, quant au premier aspect, avec la salive.

Les faits rapportés à l'appui de l'opinion qui veut que toutes les tumeurs sublinguales, avec présence d'un calcul, soient dues à une dent dévoyée, sont certainement clairs et précis ; mais de ce que quelques cas tiennent évidemment à une pareille source, il n'est pas logique de conclure que tous les kystes sublinguaux, avec noyau calculeux, reconnaissent la même origine. Il est beaucoup trop de faits authentiques qui prouvent qu'on a rencontré fréquemment, dans ces poches, des calculs salivaires, pour qu'on soit tenté, un seul instant, de les nier. Ainsi, la grenouillette est tantôt le résultat de la dilatation du canal de Warthon, qu'elle existe avec ou sans calcul ; plus fréquemment, quand elle est sans calcul, elle résulte du développement anormal d'un follicule sébacé sous-muqueux ; enfin, dans quelques cas, mais les plus rares, quand elle est avec calcul, elle est déterminée par la sortie d'une dent ou d'une racine à travers son alvéole, et qui, ayant cheminé sous la muqueuse, est venue donner naissance au kyste.

Traitement de la grenouillette. La grenouillette ne peut être

guérie que par une opération chirurgicale. Nous ne voulons pas rappeler tous les procédés opératoires, mis en usage à cet effet, depuis la ponction simple jusqu'à l'autoplastie (1): ils sont du ressort de la chirurgie; mais nous devons dire qu'à travers tous ces procédés, plus ou moins sujets à récidive, les injections d'iode méritent de fixer particulièrement l'attention, tant à cause de la facilité et du peu d'inconvénients de leur emploi, qu'à cause de la réussite très-fréquente qu'elles donnent, d'après l'expérience de M. Velpeau et de beaucoup de chirurgiens du premier ordre.

C. — Kystes de la cavité thoracique.

Sous le rapport du siége, il convient de distinguer ces kystes en ceux qui existent dans les organes parenchymateux contenus dans cette cavité, et en ceux qui sont renfermés dans les duplicatures formées par les plèvres ou dans les médiastins.

Les organes contenus dans la poitrine sont les poumons, le cœur et les gros vaisseaux qui en partent ou y aboutissent, et le thymus.

1° Kystes des poumons.

Les poumons sont le siége fréquent de kystes. On peut même avancer, à cet égard, qu'ils peuvent être le réceptacle de la plupart des nombreuses variétés que nous avons parcourues jusque-là. Depuis les corps étrangers venus du dehors, jusqu'aux produits morbides tirant leur source de l'organisme lui-même, tout peut, dans ces organes, s'envelopper d'une poche d'isolement. On y rencontre des abcès enkystés, des kystes hydatiques, des kystes tuberculeux, cancéreux, crétacés, etc. Toutes ces tumeurs enkystées donnent lieu à des accidents d'autant plus sérieux qu'elles siégent au milieu d'organes nécessaires à l'entretien de la vie, et dont le trouble des fonctions entraîne une détérioration prompte et profonde de l'économie.

Presque tous ces kystes s'engendrent sous l'influence d'un corps étranger ou d'une production morbide déposée entre les cellules pulmonaires. C'est par une inflammation périphérique, qui donne lieu à la formation de pseudo-membranes, qu'a lieu

(1) Voyez Jobert, *Traité de Chirurgie plastique*. Paris, 1849. T. I, p. 398.

l'enkystement de ces corps. Ces pseudo-membranes revêtent les caractères de l'organisation, deviennent lisses, unies à leur surface interne, à la façon des séreuses, tandis qu'à leur surface externe elles s'appuient sur des couches de tissu cellulaire destinées à leur former une coque d'enveloppe. A travers ce travail, les cellules pulmonaires n'éprouvent, le plus souvent, aucune altération de texture : elles sont refoulées, comprimées du centre à la circonférence, sans être déchirées ni corrodées. Nous n'exceptons pas même de cette loi les kystes tuberculeux proprement dits. Les plus fréquentes de ces tumeurs sont les abcès enkystés d'étendue variable, les kystes tuberculeux et les kystes hydatiques. Nous croyons qu'on a rarement observé un vrai kyste séreux dans la trame du tissu pulmonaire. Par contre, les kystes hydatiques s'y montrent souvent à l'examen du pathologiste. Il n'y a que quelques jours que nous avons pu encore en observer un exemple remarquable.

IIIe OBSERVATION. — KYSTE HYDATIQUE DES POUMONS.

Un jeune homme de la commune de Tallano (Corse) toussait depuis longtemps. Sa respiration, peu gênée dès le principe, avait fini par devenir embarrassée au point d'entraîner la suffocation, par moments. Dans les derniers temps, il était sujet à des palpitations de cœur, et l'ascension lui était presque impossible. Jusqu'alors la toux, assez fréquente, était restée sèche. Il n'éprouvait, avec cela, aucune douleur dans aucun point de la poitrine. Vers la fin de décembre 1851, il se sentit pris consécutivement d'une laryngite : la fièvre survint, et avec elle un commencement d'émaciation. La voix devint rauque, comme croupale. Le malade était soumis à des accès fréquents d'une toux violente, qui n'amenait que l'expuition d'un peu de mucus filant et glaireux. Dans le commencement de janvier suivant, après une quinte plus forte que toutes les précédentes, il rendit, par expectoration, plusieurs fragments d'une matière comme gélatineuse. Les parents transportèrent de suite le malade à Ajaccio, pour venir consulter des médecins de cette ville. Ce fut au docteur Foata qu'ils s'adressèrent d'abord. Celui-ci, peu édifié sur la nature des matières expectorées par le malade, voulut avoir notre avis.

Il s'agissait de trois fragments comme gélatineux, couleur d'ambre, d'une demi-ligne d'épaisseur, aplatis, ovalaires, lisses à leurs surfaces interne et externe. L'examen de l'épiglotte et de la glotte permit de constater un œdème prononcé de ces parties. La respiration était sifflante, la voix voilée, rauque. L'amaigrissement était assez prononcé, et la fièvre durait encore. L'ancienneté de la maladie ne permettait pas de songer à une affection croupale; la nature des matières expectorées nous fit conclure à des fragments d'hydatides, et par conséquent à la présence, dans les poumons, d'un kyste de cette nature ouvert dans un tuyau bronchique. La percussion et l'auscultation ne purent rien révéler au sujet du point occupé par la tumeur. Nous prescrivîmes le tartre stibié, à doses vomitives, à prendre trois fois en huit jours, l'usage du calomel à doses réfractées, des frictions mercurielles et belladonées au-devant du cou et une infusion de feuilles d'oranger. Le malade devait donner avis à M. Foata de l'effet de ce traitement.

Mais, soit pour avoir plusieurs avis, soit pour calmer les cris de leur conscience, les parents du jeune homme le conduisirent chez un second confrère, M. Cauro. Celui-ci pratiqua une saignée du bras et maintint le reste du traitement. A quatre jours de là, le malade, dans un effort de vomissement, expectora une quantité très-grande d'hydatides. Il put en recueillir trente-six, qu'il porta à son dernier médecin, M. Cauro. Celui-ci, sachant que nous avions vu le malade en consultation, eut l'obligeance de nous envoyer ces acéphalocystes. Ces vers vésiculeux étaient de différentes dimensions, depuis une aveline jusqu'à un petit pois. Ils étaient d'un blanc nacré à l'extérieur, tous lisses et unis à cette surface, preuve évidente qu'ils provenaient d'une cavité commune où ils flottaient librement. Bref, depuis cette expectoration, le malade se trouva débarrassé de sa fièvre comme de tous les symptômes alarmants. Il reprit le chemin de son village, où il continue à se bien porter. La poche ne se reproduira-t-elle plus? C'est ce dont il est permis de douter.

Les observations de kystes purulents, hydatiques ou autres, rencontrés dans le poumon, fourmillent dans la science. Presque toutes prouvent que ces tumeurs ont donné lieu à des accidents graves, qui ont disparu instantanément quand l'élimination de

la poche s'est faite par les efforts de la nature, à travers les bronches. Mais elles ne renferment aucun élément propre à asseoir leur diagnostic.

Laënnec a rencontré, dans les poumons, des kystes mélaniques dont M. Breschet a constaté souvent la présence dans le tissu cellulaire. L'enveloppe des kystes mélaniques est formée par le tissu cellulaire ambiant. On n'a jamais rencontré de véritables kystes constitués par une membrane fibreuse ou fibro-cartilagineuse.

« La mélanose, dit M. Andral, dans son *Anatomie pathologique*, n'a pas de traces d'organisation. C'est une masse homogène n'ayant ni vaisseaux, ni cavités, ni aréoles, ni fibres. C'est une production analogue à la matière tuberculeuse. Elle peut donc s'enkyster à la façon de celle-ci.

Ainsi que M. Andral, M. Breschet n'admet pas de véritables kystes mélaniques (1).

Peut-on réellement diagnostiquer un kyste du poumon? C'est chose matériellement impossible; tout au plus pourrait-on le soupçonner. C'est ainsi que, quand un sujet est atteint de symptômes émanant des organes pulmonaires, tels que gêne de la respiration, toux sèche, etc., si aucune maladie des bronches, des poumons, du cœur ou des gros vaisseaux ne justifie cet état; si l'examen direct de la poitrine ne révèle, à l'auscultation ni à la percussion, les signes de bronchite, de pneumonie aiguë ou chronique, de tubercules pulmonaires, d'épanchement pleural : si, au contraire, une matité bien circonscrite en un point, immobile et persistante, sans autre signe de tubercules, c'est-à-dire sans bruit de craquement sec ou humide, sans roncus aucun, indique un corps interposé, on pourrait soupçonner la présence d'un kyste. Mais, en supposant qu'avec des motifs fondés on soupçonnât sa présence, pourrait-on parvenir à en préciser la nature? Nullement. Ce n'est que lorsque la poche s'étant rompue, et les matières contenues, se faisant jour à travers les bronches, viennent à être expulsées par l'expectoration, comme dans l'observation que nous venons de rapporter, qu'on peut affirmer la

(1) Breschet, *Considérations sur une Altération organique appelée dégénérescence noire*. In-8, Paris, 1829.

nature de quelques kystes. Dans ces cas, l'organisme a fait à lui seul presque tous les frais d'une guérison commençante; c'est au médecin à suivre la voie qu'il lui a tracée, pour provoquer l'élimination du restant du contenu de cette poche.

Quand un médecin se trouvera en présence d'un malade qui offre tous les caractères extérieurs, les phénomènes généraux d'une phthisie pulmonaire avancée, et que, cependant, l'examen direct ne lui révélera aucun des signes que l'on trouve presque toujours dans cette période, il devra se tenir sur la réserve pour le pronostic à porter. Si cet état persiste longtemps sans qu'il survienne davantage de ces signes directs, sa réserve devra être encore plus grande; car il n'oubliera pas que certaines maladies, arrivées à ce qu'on appelle le dernier degré de la phthisie pulmonaire, ont guéri rapidement après l'expuition d'une pièce de monnaie, d'une balle ou de tout autre corps étranger qui avait été sciemment ou insciemment introduit, auparavant, dans les voies aériennes, comme après l'évacuation d'une poche kystique formée de toutes pièces au sein des organes respiratoires.

2° Kystes du cœur.

Les kystes sont excessivement rares dans l'organe central de la circulation. Dans les quelques cas extrêmement restreints qu'on rencontre dans la science, il s'agit toujours de kystes purulents, ou mieux, d'abcès enkystés, c'est-à-dire de foyers purulents circonscrits, s'étant enveloppés d'une poche d'isolement. Ces foyers contiennent un pus lié, blanc, homogène, quelquefois d'un aspect caséeux et d'une consistance analogue à celle du blanc d'œuf. Dans certains cas, ce n'est point du pus véritable, mais un liquide sanieux qui est renfermé dans la poche. Il est permis de se demander si, dans ces cas, il ne s'agit pas plutôt d'un foyer sanguin, travesti par le travail inflammatoire. Un cas remarquable d'abcès enkysté du cœur est celui rapporté par Casimir Broussais (1); mais le plus remarquable que possède la science est celui que nous avons publié dans le *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 2e série, tome IV,

(1) *Annales de la Médecine physiologique*, année 1832, t. XXI, p. 66.

page 149 et suivantes. Nous devons citer toute la partie anatomo-pathologique ayant trait à ce cas. « Le cœur, disions-nous, offre le volume de celui d'un bœuf, sans exagération. Il pèse 1,100 grammes, avec les caillots et le sang qu'il contient; il en pèse 820 débarrassé de ce liquide et des caillots. Les oreillettes sont énormément distendues; leurs parois sont considérablement amincies, surtout en certains points où elles n'offrent guère plus d'une ligne d'épaisseur. L'oreillette droite contient deux concrétions polypeuses vers le trou de Botal. L'une de ces concrétions, assez dure, se déchire quand nous cherchons à la détacher; elle est de la grosseur d'un pois; sa consistance est celle des tumeurs fibreuses. L'autre, un peu plus volumineuse, se crevasse à la pression, et laisse échapper un pus sanieux : on dirait un kyste qui adhère fortement à la paroi interne de l'oreillette. Rien de semblable dans l'oreillette gauche. La surface interne de ces deux cavités, après avoir été lavée, est d'un rouge foncé, et la membrane paraît ramollie. Les valvules auriculo-ventriculaires des deux côtés sont tellement atrophiées, qu'on dirait qu'il n'en reste plus que des rudiments. Les valvules auriculo-aortiques nous paraissent réduites au tiers de leur volume; le tubercule d'Arantius semble effacé, tandis que l'ouverture aortique est agrandie. Le ventricule droit est criblé de concrétions polypeuses. Ces concrétions, dont la majeure partie sont comme de petits pois, plusieurs comme de gros pois, trois comme des fèves de marais, et légèrement aplaties, en présentent deux de la forme et du volume d'œufs de petits oiseaux. Parmi les petites, la plupart sont consistantes et se laissent déchirer comme celle observée dans l'oreillette. Les trois que nous avons comparées à des fèves sont tout à fait fibreuses, et les deux auxquelles nous avons assigné la forme et le volume d'œufs de petits oiseaux sont de véritables poches contenant du pus bien lié et légèrement hématique. Toutes ces concrétions sortent à travers les fissures qui séparent les colonnes charnues. Elles paraissent avoir leur origine dans l'endocarde. Quelques-unes, notamment les dernières, nous paraissent avoir leur source dans le tissu propre du cœur. Une seule, de moyenne grosseur, existe vers l'ouverture pulmonaire, au-dessous des valvules. Trois gisent sur la cloison ventriculaire; les autres sont disséminées sur diffé-

rents points de la périphérie. Nous en avons compté vingt et une dans ce ventricule.

« Mais dans la partie inférieure de ce même ventricule, au sommet du cœur, et reposant sur la cloison, est un véritable abcès enkysté, du volume d'un gros œuf de pigeon. Il offre une fluctuation manifeste, et laisse échapper, à la ponction, une notable quantité de pus verdâtre, bien lié. Une fois vidée, la poche est ouverte dans toute son étendue. Elle est lisse à sa surface interne : elle s'est creusé un lit dans le tissu charnu, dont nous avons de la peine à la séparer, par la dissection, sans entamer les fibres; et quand une fois nous y sommes parvenu, il reste, dans ce tissu, un creux capable de loger une noix.

« Dans le ventricule gauche, il n'existe que deux concrétions, l'une de la grosseur d'un pois et arrondie, l'autre de la grosseur d'une fève de marais, et en ayant assez bien la forme. La première contient un pus sanieux; la seconde offre une texture fibreuse et se laisse déchirer, etc. »

Nous n'avions pu diagnostiquer de pareils désordres sur le vivant. Nous avions eu les signes rationnels d'une hypertrophie considérable avec bruit de souffle au second temps, et nous avions attribué cette hypertrophie, avec altération valvulaire, à une endocardite subaiguë, le commémoratif autorisant un pareil jugement.

Les abcès enkystés du cœur sont le résultat fréquent d'endocardite liée ou non à un vice rhumatismal. On a voulu aussi les rattacher à un ramollissement du cœur. Il en est qui ont quelquefois leur origine dans la résorption purulente. Les recherches microscopiques de M. Lebert, sur la résorption purulente, sembleraient détruire tout à fait cette manière de voir (1). Dans le cas cité par Casimir Broussais, et surtout dans le nôtre, les abcès sont évidemment dus à l'inflammation de l'endocarde. Le fait est que, sur notre malade, les différents kystes et concrétions polypeuses semblent se rattacher parfaitement, par leurs variétés, à cet état morbide, ou avoir succédé à des foyers sanguins parus sous la même influence (2).

(1) Voyez page 44 la manière dont cet auteur explique la résorption purulente.

(2) Quand nous écrivions ces lignes, nous n'avions point pris connaissance de ce passage du professeur Cruveilhier : « L'analogie, me porte à

Un jeune interne des hôpitaux de Paris, M. Charcot, a réuni récemment, dans un travail lu à la Société de Biologie, 22 observations de tumeurs fibrineuses du cœur avec matière puriforme. Une seule lui est propre, les autres ont été recueillies par lui dans divers auteurs. Il partage ces observations en deux catégories : l'une en contient 12, l'autre 10. Celles de la première catégorie lui ont paru avoir trait à des concrétions polypiformes suppurées, ou, autrement dit, à des kystes purulents sans poche kystique proprement dite. Les malades atteints de ces concrétions avaient été affectés de phlébite, de pneumonie, de rhumatisme, d'abcès urineux, d'hypertrophie du cœur. Ces concrétions contenaient véritablement de la matière purulente. Dans les 10 observations qui composent la deuxième série, le jeune interne suppose que la matière renfermée dans l'intérieur des concrétions, quoique analogue au pus, n'en était pourtant pas. Il se fonde sur ce que, dans aucun cas, la matière n'avait été analysée anatomiquement, excepté dans un seul, où l'investigation microscopique avait été pratiquée et avait montré qu'il s'agissait tout bonnement d'une substance ayant simplement l'aspect physique du pus, et composée de détritus fibrineux, de granulations moléculaires et de globules blancs du sang. Ces concrétions auraient toutes été remarquées, suivant l'auteur, sur des phthisiques affectés de tubercules pulmonaires, en général fort avancés dans leur évolution. D'après cela, M. Charcot est porté à conclure que, des concrétions multiples que l'on rencontre dans les cavités du cœur et dites suppurées, les unes contiennent réellement du pus, et résultent de maladies propres à donner lieu à la résorption purulente, ou de maladies propres de l'endocarde ou du tissu charnu du cœur ; tandis que les autres ne contiennent qu'une matière ayant l'aspect du pus, sans en être, et elles n'ont été rencontrées, jusqu'à présent, que chez les phthisiques avancés.

admettre que les caillots sanguins purulents du cœur tiennent à l'inflammation de la membrane interne du cœur, mais seulement dans les points où a lieu l'adhérence, et que le pus central de ces caillots a sa source dans la membrane interne du cœur. » (*Anatomie pathologique du corps humain*, XXVIIIe livraison, avec planches in-fol., p. 3, Mal. du cœur.)

2° Kystes acéphalocystes et séreux du cœur.

Les anciens avaient pris pour des kystes, des productions fibrineuses du cœur, telles qu'on en rencontre fréquemment dans les autopsies. Morgagni, suivant Laënnec, aurait cité une observation de kyste hydatique du cœur. Il était implanté à moitié dans les parois du ventricule gauche, et faisait saillie à sa surface. Quand on l'eut visité, il en sortit une petite membrane blanche, et dans laquelle on distinguait une particule dure comme un tendon. Laënnec pense, d'après la description de Morgagni, que ce cysticerque appartient à l'espèce *funius*. Les kystes séreux, dont Laënnec indique les principaux exemples consignés dans les auteurs, se développent le plus ordinairement entre la substance musculaire et la membrane externe du cœur, sous le feuillet viscéral du péricarde. Dupuytren en a vu qui faisaient saillie à l'intérieur; plusieurs poches séreuses avaient pris naissance dans l'épaisseur même des parois de l'oreillette droite, et formaient tumeur dans sa cavité.

M. Andral cite un kyste séreux qui avait son point d'insertion sur la surface libre de l'endocarde qui tapisse le ventricule droit. D'un des points de la cavité du ventricule droit, dit cet auteur, assez près de l'orifice auriculo-ventriculaire, se détachait un petit kyste séreux, du volume d'une noisette, et qui tenait à la membrane interne du ventricule par un pédicule mince dont la texture ressemblait à celle de la membrane elle-même (1). Le même auteur a observé un kyste dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche un peu hypertrophié; il ne faisait relief ni à l'intérieur ni à l'extérieur.

Ces kystes prennent-ils naissance autour de la matière purulente, ou de collections sanguines résorbées, ou bien se forment-ils dans le cœur, comme dans les autres organes, à la manière des séreuses accidentelles? Ces deux modes de formation sont possibles. Peut-on donner la symptomatologie et le diagnostic des kystes du cœur? nullement. Ordinairement les abcès enkys-

(1) *Précis d'Anatomie pathologique*, 2e part., p. 331. — Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, Paris, 1841, t. II, pag. 446.

tés du cœur fournissent tous les signes d'une inflammation aiguë des viscères thoraciques : tel est, du moins, le résultat de l'ensemble des faits recueillis par Laënnec, de celui de Casimir Broussais et du nôtre. Si, cependant, les signes directs permettent d'exclure les maladies des poumons ou des plèvres, et que, de plus, il y ait des signes positifs du côté du cœur, tels que bruit de souffle, battements tumultueux avec impulsion vive, etc., on est fixé sur une affection de cet organe. Si maintenant avec ces signes on avait, comme dans notre cas, la petitesse et la faiblesse du pouls, contrastant avec les battements énergiques de l'organe central, de l'orthopnée et un sentiment d'angoisse inexprimable, on pourrait peut-être songer à un abcès enkysté du cœur ; mais, dans tout cela, il n'y a aucune donnée positive. Nous sommes encore bien plus arriérés pour pouvoir établir le diagnostic des autres kystes. Disons hardiment qu'il n'y a aucune médication spéciale sur laquelle on puisse fonder quelque espoir pour obtenir la guérison des kystes du cœur. L'expérience est muette à cet égard. L'acétate de plomb, proposé par M. Legroux, et dont on élèverait successivement les doses, n'a pas été essayé par ce médecin : on ne sait rien à son égard.

4° Kystes des médiastins.

Les médiastins, tant antérieur que postérieur, peuvent être le siége de nombreux kystes. Ce sont, toutefois, les kystes séreux qu'on y rencontre le plus fréquemment. Ces kystes sont internes ou externes ; les premiers sont plutôt une hydropisie des médiastins, consécutive à une irritation ou inflammation de ces membranes entre-croisées, et maintenue encloisonnée par des pseudo-membranes qui forment une paroi antérieure ou postérieure sur l'une de ces duplicatures en X. Ces kystes internes peuvent acquérir un très-grand développement, au point de recouvrir le cœur dans toute sa portion antérieure. Ne cite-t-on pas ces fameux exemples de Corvisart, de Larrey et autres, qui, croyant avoir opéré une hydropéricarde, n'avaient, en réalité, opéré qu'un kyste du médiastin antérieur ? Dans l'intérieur de ces entre-croisements membraneux, il peut aussi se produire, par le fait de l'inflammation de la membrane, des épanchements

purulents qui s'enkystent de la même manière. Nous en avons rencontré, pour notre compte, un exemple fort remarquable sur un militaire décédé, en 1848, à Givet, et qui avait contracté cette affection à la suite d'une chute de cheval, le pommeau de la selle ayant frappé violemment sur la partie antérieure du sternum.

Les mêmes cavités peuvent être le siége de kystes hydatides. Hâtons-nous de dire qu'après les kystes purulents et séreux ce sont les plus fréquents.

Il peut aussi se greffer des kystes sur les rebords de l'X formé par les médiastins. Alors ces tumeurs tiennent à la membrane par un pédicule plus ou moins large, gagnent en circonférence aux dépens des poumons et du cœur, qu'elles refoulent latéralement, ou d'avant en arrière.

Tous ces kystes présentent une enveloppe cellulo-séreuse ou fibro-séreuse, suivant l'ancienneté de leur existence.

La science est assez avancée aujourd'hui pour pouvoir arriver à reconnaître un kyste du médiastin, au moins quand il a acquis un grand point de développement. Un pareil kyste donne lieu à des désordres fonctionnels, à des troubles de l'innervation qui ont de la similitude avec ceux que l'on rencontre dans les maladies du cœur et des poumons.

Suivant la cause qui lui a donné naissance, il y a douleur plus ou moins vive à la base du sternum, au-dessus de l'appendice xiphoïde, gêne de la respiration par le refoulement des poumons et du cœur, et par les adhérences que la tumeur contracte quelquefois avec ces organes ; battements de cœur plus sensibles au-dessus de l'épigastre par la transmission du choc de cet organe à travers les parois de la tumeur : voilà pour les signes encore vagues. Nous ne parlerons pas de l'état de la circulation, qui peut être variable. Mais si, avec ces signes, on a, à la percussion, une matité étendue, occupant la partie antérieure de la base du sternum, remontant un peu haut ou latéralement ; si, en même temps, on n'a aucun des signes principaux de l'hydropéricarde ; s'il y a absence de lipothymie, de teinte violacée de la face et des extrémités, comme cela a lieu dans l'hydropéricarde volumineuse ; si la matité ne se déplace pas par les diverses positions données au malade ; si, enfin, l'auscultation ne découvre aucun bruit respiratoire, normal ou anormal, dans l'endroit mat,

tandis que le bruit vésiculaire se fait entendre sur les portions libres des poumons, et que, par-dessus tout, le doigt qui percute éprouve la sensation élastique d'un liquide refoulé qui revient sous lui, on aura à peu près les probabilités qu'on a affaire à un kyste du médiastin antérieur. Quant à arriver à la connaissance précise de la nature du kyste, c'est absolument impossible : tout au plus le commémoratif pourrait-il mettre sur la voie d'un abcès enkysté.

En supposant qu'on fût parvenu à diagnostiquer avec précision un kyste du médiastin, quel parti y aurait-il à prendre pour le guérir ? C'est la chirurgie qui aurait à intervenir alors. Les exemples d'abcès du médiastin, que l'on a ouvert au moyen de la trépanation du thorax, ne sont pas rares. Ceux dont nous avons parlé, de Larrey et Corvisart, qui croyaient opérer des hydropéricardes, sont là pour en attester la réalité.

Mais quand même on aurait ainsi évacué la matière contenue dans le kyste, aurait-on assez fait pour la guérison ? Dans quelques cas, quand il s'agit de kystes purulents, la chose est possible ; dans les kystes séreux, non. Que conviendrait-il alors de faire pour assurer l'oblitération du sac ? Recourir aux injections irritantes nous paraît la chose la plus rationnelle.

5° Kystes du thymus.

Le thymus, qui est une glande propre à l'enfance, se résorbant dans un âge plus avancé, au point quelquefois de ne laisser aucun vestige de son existence, persiste néanmoins toujours dans un état atrophique. Corps glanduleux comme la thyroïde, avec laquelle il a quelque analogie, il peut devenir aussi, comme elle, le siége d'un kyste séreux ou autre, à développement plus ou moins considérable. Ainsi que dans la thyroïde, c'est aux dépens de l'écartement des lobules glanduleux et de leur pression que se fait le développement du kyste, dont l'origine est dans les cellules du tissu adipeux qui sépare ces lobules. Les kystes séreux du thymus ont la plus parfaite analogie avec le bronchocèle. Par la situation de l'organe glanduleux, la poche kystique, en se développant outre mesure, peut susciter des accidents sérieux, compromettre même l'existence par la compression de la trachée

ou de l'origine des grosses bronches. En effet, son développement ne pouvant avoir lieu en avant, retenu qu'il est par le sternum, il doit se faire en arrière, latéralement ou en haut : dans ces deux derniers cas, il est maintenu par des brides assez solides ; c'est donc d'avant en arrière qu'il doit s'accroître.

Le diagnostic des kystes du thymus est fort difficile, pour ne pas dire impossible, si aucune saillie ne se fait au dehors. Mais si, au-dessus de la fourchette du sternum, au-devant du cou, apparaît une tumeur molle, fluctuante, non pulsative, indolente, s'accroissant graduellement, occasionnant la gêne de la respiration et même de la déglutition, on pourra déjà penser à un kyste du thymus. Si la glande thyroïde est intacte, si les sommets du poumon n'offrent la trace d'aucune altération, et si, en même temps, la respiration est sifflante, on aura à peu près tous les éléments pables d'asseoir le diagnostic. Disons, toutefois, qu'il n'est pas fréquent de les rencontrer tous réunis.

Le traitement de ce kyste consisterait dans l'évacuation du liquide contenu dans la poche. Si la collection se reproduisait et démontrait l'insuffisance de cette première opération, la seule ressource logique et rationnelle à tenter serait l'emploi des injections iodées, pour provoquer l'adhésion des parois du sac (1).

6° Kystes des plèvres.

Les plèvres peuvent être le siége de kystes nombreux et variés. Le cancer lui-même y a été rencontré à cet état. Mais les plus fréquents que l'on trouve dans le sein des poches formées par ces membranes sont, sans nul doute, les kystes séreux et purulents. La formation des premiers a lieu dans le plus grand nombre de cas, comme dans l'hydrocèle multiloculaire : c'est-à-dire, qu'un épanchement pleural ayant lieu, il peut se faire que le liquide se résorbe, et la partie plastique s'organise en pseudo-membranes. Ces plaques pseudo-membraneuses, à

(1) M. Velpeau informait l'Académie des sciences qu'il avait traité avec un plein succès, par les injections iodées, des kystes remplis d'une sérosité noirâtre, et qui formaient un goître chez cinq sujets différents. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1842, 2e semestre.)

épaisseur plus ou moins considérable, se séparent, par le fait de la continuation de la résorption, en cloisons multiples, dont les parois deviennent susceptibles de sécréter ; et quand cette sécrétion s'exécute sous une influence quelconque, alors a lieu la formation du kyste multiloculaire. Ou bien, il peut arriver, quand des pseudo-membranes s'organisent durant le cours d'un épanchement, que des filaments plastiques aillent de l'une à l'autre des surfaces pseudo-membraneuses, constituent de véritables cloisons, plus ou moins étendues, dans lesquelles reste enfermée partie de l'épanchement primitif.

Les kystes purulents des plèvres sont, dans le plus grand nombre de cas, le résultat de pleurésie aiguë partielle, restreinte, qui, au moyen de produits organisables, donne lieu à la formation d'une poche accidentelle, entre les parois pleurales, poche dans laquelle se trouve renfermé le pus. Ils peuvent aussi provenir d'une vomique des poumons qui, déversant, à travers une fissure de la plèvre pulmonaire, la matière purulente et tuberculeuse dans une encoignure des plèvres déjà soudées ensemble, y forme une collection dont la présence suscite une inflammation périphérique, propre à donner lieu à de nouveaux produits plastiques, qui cloisonnent supérieurement la collection, renfermée qu'elle était, jusque-là, dans un demi-sac. Si, alors, la fissure de la plèvre pulmonaire, qui a donné passage à la matière, se cicatrise, ce qui peut arriver, le kyste est tout formé. Ces kystes peuvent encore résulter d'abcès du foie ouverts dans les plèvres, à travers le diaphragme.

Nous avons observé en 1849, au Val-de-Grâce, un exemple fort remarquable de la première espèce de ces kystes purulents. Le lecteur n'a qu'à se reporter à l'observation de Cassan, p. 206 et suiv., pour en prendre connaissance.

Les kystes hydatiques se rencontrent fréquemment aussi au milieu des plèvres, et il est peu de praticiens qui n'en aient vu durant leur carrière. Ils peuvent y acquérir un volume énorme. Du reste, tous ces kystes ont le même mode de formation qu'ailleurs.

Ce qui importe, avant tout, dans les kystes des plèvres comme dans ceux de toutes les autres régions, c'est de les diagnostiquer, puis de chercher à en préciser la nature et le contenu, de recon-

naître la cause qui leur a donné naissance, de s'assurer de leur organisation, pour pouvoir y remédier d'une manière efficace.

Quels sont les moyens de reconnaître les kystes des cavités pleurales? Il n'y en a aucun, à proprement parler; mais l'examen analytique de tous les signes exclusifs ou confirmatifs peut fournir quelques lumières.

La matité rendue par la percussion de la poitrine est un signe qui peut mettre sur les traces d'un kyste. Si cette matité es limitée et immobile dans les différentes positions données au malade, s'il n'y a aucun signe d'affection du poumon, ni d'épanchement consécutif à une pleurésie aiguë ou subaiguë, malgré les quelques troubles des fonctions respiratoires; si les données fournies par l'auscultation confirment l'absence complète de ces affections, on restera alors dans le doute entre l'existence d'une tumeur solide ou d'une tumeur liquide, ou d'un épanchement séreux limité et bridé. Mais ce dernier n'est lui-même qu'une sorte de kyste; il n'y aurait donc pas grande erreur. Il n'y a qu'à chercher les signes propres à distinguer une tumeur solide d'une liquide. A un certain moment, ce serait difficile; mais quand le kyste est ancien, quand il a produit un développement anormal de quelques espaces intercostaux, on a alors un état d'empâtement des tissus, et quelquefois une fluctuation profonde, appréciable au toucher. Dans tous les cas, en percutant avec le plessimètre, le doigt qui percute perçoit toujours la sensation d'un liquide refoulé qui revient. Enfin, la ponction exploratrice pourrait être d'un grand secours.

Quand un kyste est bien reconnu, le seul moyen d'y remédier, comme dans tous ceux des autres régions, est une opération chirurgicale. On ne doit y recourir qu'après que la plus patiente expectation a démontré qu'il ne s'effectue aucun travail naturel d'élimination, et que les accidents deviennent menaçants; car on n'oubliera pas que, de tous les kystes, ceux des plèvres sont peut-être le plus heureusement situés pour une de ces évacuations spontanées, comme la nature en fait quelquefois. Le voisinage des bronches, la texture facilement attaquable des poumons, prompts à s'ulcérer, en rendent un compte suffisant. Ici, les procédés ne peuvent être multiples, puisqu'on ne peut chercher à aller extirper ces tumeurs dans des cavités que l'on doit, avant tout,

respecter. Il ne reste donc que la ponction évacuatrice. Comme, lorsqu'on les reconnaît avec quelque certitude, elles ont produit une dilatation des espaces intercostaux correspondants, une voussure, c'est sur ce point que la ponction doit être pratiquée. Inutile de recommander d'avoir recours, pour cette ponction, à la méthode sous-cutanée, et même aux instruments de M. Guérin, si le médecin les a à sa disposition.

Il n'y a que les kystes à contenu liquide dont on doive tenter l'opération. Ce contenu peut faire varier les précautions ultérieures à prendre. En effet, ou l'évacuation pure et simple du liquide entraîne la cure, ou bien il y a récidive, comme dans le plus grand nombre des cas. Si la récidive a lieu et que le malade soit en danger, il faut bien arriver à la méthode des injections irritantes pour obtenir l'oblitération du sac. A la suite de la ponction, il pourrait quelquefois aussi rester un orifice fistuleux par lequel continuerait à s'écouler la matière nouvellement sécrétée, comme il pourrait survenir une inflammation suppurative de la poche avec issue du pus au dehors par le trajet fistuleux.

Dans ces deux cas, les injections nous paraîtraient commandées *à fortiori :* celles d'iode parviendraient, dans le dernier, à modifier la nature de l'inflammation et à prévenir l'infection purulente.

Quand les parois du kyste sont fort épaisses, à consistance cartilagineuse, ou semi-cartilagineuse, ce qu'il est difficile de savoir *à priori*, les injections d'iode ne peuvent rien faire pour leur adhésion ; elles ne peuvent que modifier le travail inflammatoire qui tend à la pyogénie. Mais si les mêmes parois étaient minces, cellulo-séreuses, on ne voit pas pourquoi les injections ne pourraient pas en susciter le retrait, le plissement, et l'adhésion par productions plastiques.

Pour notre compte, dès que la nécessité d'ouvrir un kyste intrapleural a été parfaitement démontrée, nous voudrions qu'après l'évacuationon eût recours immédiatement aux injections d'iode : ces poches, parfaitement isolées, ne guérissent jamais par la simple ponction évacuatrice, qui laisse souvent, au contraire, un trajet fistuleux, dont le moindre inconvénient est de durer fort longtemps. Les injections d'iode feraient promptement aboutir à la guérison, si la nature des parois le permettait.

Si l'on recourt aux injections irritantes, il n'y a aucune précaution à prendre avant l'injection, quand le contenu est purement liquide, séreux ; mais quand il est purulent ou séro-purulent, ou hématique, il faut, après avoir vidé la poche, exercer des injections de lavage au moyen de l'eau tiède, afin d'entraîner au dehors tous les reliquats de pus ou de matière plastique qui, par leur contact avec le liquide iodé, se coaguleraient et empêcheraient l'injection d'être retirée, ainsi que cela nous est arrivé une fois. L'inconvénient de pareil effet est de laisser, dans la poche, non-seulement le liquide iodé, qui finit par être résorbé, mais un amalgame concret de matières purulentes, non susceptibles de résorption et pouvant donner lieu à des accidents.

Si on redoutait de porter les injections d'iode dans de pareils kystes, nous dirions que ces poches, parfaitement isolées des organes voisins, et ayant ordinairement des parois épaisses en raison de leur vétusté, ou par l'addition, couche sur couche, de produits pseudo-membraneux, ne réagissent que médiocrement sous l'influence des injections irritantes : dans tous les cas, elles ne pourraient pas transmettre aux tissus avoisinants une inflammation qui, en raison de l'épaisseur des parois, se concentre toujours dans l'intérieur. Il faudrait, au reste, avoir de bien vagues notions sur l'organisation des fausses membranes dans les plèvres, pour redouter quelque accident, à la suite des injections d'iode, dans une cavité qui en serait tapissée dans toute son étendue.

Nous devons dire, avant d'en finir, que les kystes intrapleuraux peuvent guérir par les seuls efforts de la nature. Le voisinage des poumons et des bronches, à travers lesquels ils peuvent trouver issue pour la matière, est une condition favorable pour ces cures spontanées. C'est ainsi qu'on a vu guérir plus d'une fois des kystes purulents, séreux et hydatiques des plèvres.

D. — Kystes de la cavité abdominale.

Ce sont ceux qui intéressent à un plus haut point la médecine, autant sous le rapport de leur importance pathologique, que sous celui des dangers qu'ils suscitent et du traitement qu'on peut leur opposer.

Les tumeurs kystiques intra-abdominales peuvent siéger dans le sein des organes parenchymateux, foie, rate, reins, pancréas, ou pousser à la surface des organes membraneux, ou dans le tissu cellulaire interposé. Elles sont tout à fait intrapéritonéales, ou contenues dans le péritoine sans communication au dehors de lui, par quelque mode que ce soit : ou bien, elles sont en dehors de la grande cavité membraneuse, ayant des relations avec le reste de l'économie sans l'intermédiaire du péritoine ; elles sont alors extrapéritonéales.

Parmi les premières, les unes ont pris naissance dans l'intérieur même de la cavité : tels sont les produits pseudo-membraneux, les sécrétions anormales de la séreuse, des épanchements sanguins dus à une exhalation sans rupture de vaisseaux, etc.; les autres y ont été introduites, ou par la seule ouverture normale que présente le péritoine, ou par une ouverture accidentelle. C'est ainsi que, par l'ouverture normale, il s'introduit des noyaux à kystes provenant de l'intérieur de la trompe : sang, sécrétions muqueuses si variées. Par une rupture du péritoine, il peut se faire des épanchements sanguins avec cicatrices de la rupture par-dessus, comme il peut se faire des migrations provenant de la rupture d'une cavité viscérale adossée au péritoine : tels sont les kystes par suite des ruptures du vagin, de l'utérus, de la trompe dans les grossesses tubaires, de l'ovaire dans les grossesses ovariques. Enfin, parmi les kystes intrapéritonéaux, il en est qui sont constitués par des corps étrangers venus du dehors, qui s'entourent de produits pseudo-membraneux pour former leurs parois kystiques (1).

Des kystes extrapéritonéaux, il en est qui sont dans un état complet d'indépendance avec le péritoine ; d'autres ont avec lui des relations de voisinage qu'il importe de bien connaître pour la thérapeutique. C'est ainsi qu'il est des kystes qui ne sont extrapéritonéaux que par leur pédicule, enveloppés qu'ils sont, partout ailleurs, par une lame d'emprunt du péritoine : tels sont les kystes de l'ovaire, qui plongent en entier dans la cavité péritonéale, à l'exception du pédicule ; ils doivent être rangés encore dans les intrapéritonéaux. Il en

(1) Nous avons cité un cas semblable page 467.

est d'autres qui ne plongent pas en entier, comme les précédents, dans la grande cavité péritonéale, mais qui s'adossent simplement à la membrane pour la recouvrir dans des portions plus ou moins étendues, et rester libres dans les autres points.

Les kystes abdominaux peuvent avoir leur source dans trois sortes d'appareils différents, l'appareil digestif, l'appareil urinaire et celui de la génération.

Outre leurs qualités propres et qui découlent de leur contenu et de leur nature intime, ces kystes empruntent aux appareils sur lesquels ils siégent des caractères, une certaine phénoménalité générale qui leur impriment un cachet particulier.

Cependant, il faut bien l'avouer, en raison de la proximité, du contact même de ces trois appareils contenus dans la même cavité, la phénoménalité qui en découle, par rapport à leurs kystes respectifs, ne conserve pas toujours les caractères fonctionnels de l'appareil, mais se nuance souvent avec ceux appartenant à l'appareil voisin.

IIe DIVISION. — Kystes intrapéritonéaux.

Les kystes intra péritonéaux ont, dans la plupart des cas, la même origine et le même développement que tous les autres kystes du corps. Mais c'est chez eux surtout qu'on est appelé à constater des tumeurs congénitales. L'observation de Mayer, qui a trait à un enfant de dix-sept jours, dont les deux ovaires présentaient, chacun, un kyste arrivé à un degré de développement assez prononcé, pour qu'il ne pût rester aucun doute sur l'existence congénitale de la maladie, le prouve d'une manière évidente.

Toutes les substances susceptibles de sortir de leurs vaisseaux ou réservoirs peuvent donner naissance à des kystes abdominaux ; l'oblitération d'une portion de conduit ou de canal donne lieu au même état morbide, sans qu'il soit besoin d'épanchement de matière au dehors. On sait aussi que les hydatides affectent une prédilection pour les viscères abdominaux, à tel point, dit M. Chassaignac, que, sur 10 observations d'hydatides, il y en a 9 qui se rapportent à la cavité abdominale (1).

(1) Chassaignac, *Thèse de concours pour une chaire de clinique chirurgicale*. Paris, 1851, p. 8.

Comme partout ailleurs, les kystes peuvent être solitaires ou multiples dans l'abdomen; cependant, cette région se fait remarquer par la facile repullulation du même produit, à tel point que, quand on a affaire à un kyste bien évident de cette cavité, il faut se demander s'il n'en existe pas encore plusieurs autres occultes, et il ne faut négliger aucun moyen d'investigation pour arriver à cette connaissance. Un kyste, dans un ovaire, s'accompagne souvent d'un ou plusieurs kystes dans l'ovaire opposé, quoiqu'à un degré moindre de développement; un kyste appréciable du foie en compte souvent aussi plusieurs autres autour de lui, à des grosseurs variables.

Il est peu de kystes qui puissent acquérir un développement aussi considérable que ceux de l'abdomen : et, ce qu'il y a d'étonnant, c'est qu'à égalité de volume il n'en est pas, en thèse générale, qui soient mieux supportés par les malades.

L'on peut dire communément qu'il s'écoule un long espace de temps avant que, par leur développement, ils deviennent incompatibles avec la vie. Les kystes fixes ne sont pas susceptibles d'acquérir ce volume souvent monstrueux qu'on a remarqué dans les mobiles. En effet, bridés en dedans ou sur des organes, ils y amènent des désordres qui ne permettent pas un volume considérable sans qu'une perturbation profonde s'ensuive dans ces organes et l'économie.

Les kystes de l'abdomen présentent à peu près les mêmes formes que les autres. Cependant il en est qui offrent plus fréquemment une configuration particulière, la forme pédiculée. Ils la doivent à leur développement dans la duplicature des feuillets péritonéaux, duplicature dans laquelle sont contenus les vaisseaux qui alimentent la tumeur. Il y a, dans ces duplicatures, des éléments tout trouvés pour la formation d'un pédicule. Sous le rapport du pédicule seulement, ces kystes sont des espèces de polypes séreux.

M. Huguier, dans un mémoire lu à la Société de Chirurgie, a décrit des kystes de l'utérus à pédicule plus ou moins long et mince, composé de vaisseaux et du péritoine. — Quelques-uns sont flottants dans la cavité abdominale; leur volume varie suivant leur nombre. Multiples, ils acquièrent peu de volume, et restent souvent au-dessous des dimensions d'un petit pois. Au

nombre d'un ou de deux, ils peuvent offrir la grosseur d'un œuf ou d'une orange.

Nous nous rappelons avoir rencontré, en 1850, au Val-de-Grâce, sur un militaire qui avait succombé à une dyssenterie chronique avec anasarque consécutive, une série de petits kystes pédiculés qui avaient leur origine dans la duplicature du mésocôlon. Nous pûmes compter jusqu'à 17 tumeurs de formes diverses, comme pelliculeuses, à contenu liquide, citrin. Les plus grosses avaient le volume d'un œuf de pigeon, les plus petites celui d'un pois. La membrane kystique était mince, translucide; les pédicules étaient étroits, comme filamenteux : chaque kyste pédiculé pouvait assez bien être comparé, pour la forme, à une cerise de grosseur variable.

Certains kystes abdominaux présentent encore, tantôt une surface fort irrégulière, et tantôt des sillons qui donnent lieu à des bosselures plus ou moins prononcées. Ces bosselures indiquent, assez habituellement, que la cavité est partagée en plusieurs loges qui communiquent ensemble par de petits pertuis, ou demeurent complétement isolées les unes des autres.

Les kystes intrapéritonéaux présentent une surface externe entièrement lisse, ou lisse sur une portion et rugueuse sur d'autres, ou rugueuse dans toute son étendue, suivant que la tumeur est complétement enfermée dans une duplicature du péritoine, ou qu'elle n'y est contenue qu'en partie, l'autre partie faisant saillie au dehors; ou, enfin, suivant qu'elle est enfermée dans le sein d'un organe parenchymateux.

Outre la compression, la gêne que les kystes peuvent exercer et exercent sur les organes environnants, il en est qui donnent lieu à de véritables déplacements organiques, déplacements opposés suivant l'époque de l'évolution de la maladie.

C'est ainsi que le kyste ovarique déprime le vagin de façon à en déterminer le prolapsus, ou l'attire en haut, dans le bassin, par son développement dans le haut de la cavité abdominale.

Les kystes sont susceptibles d'acquérir des adhérences avec les organes circonvoisins, avec le péritoine notamment. Ces adhérences sont en raison de la grosseur et de la vétusté de la tumeur, sous le rapport de la solidité et de l'étendue. Nous verrons plus tard qu'elles jouent un rôle important et favorable pour sa curabilité.

Quand ils sont uniloculaires, ou que, multiloculaires, les cellules communiquent toutes les unes avec les autres, la nature du contenu est ordinairement homogène : il peut ne pas en être de même quand les cellules sont sans communication. Alors la même tumeur peut contenir des produits variés : à côté de la sérosité limpide, on peut rencontrer une substance plus dense, caséeuse, et même des produits calcaires.

Et, ici, nous devons relater un fait démontré par l'expérience : quand le contenu du kyste est séreux-limpide, la surface interne est lisse, et susceptible de supporter un travail adhésif; quand il est louche et purulent, cette même surface est fongueuse, a un aspect suppuré, et, contrairement à ce qu'en disent les auteurs les plus modernes, elle nous paraît encore, dans cet état, favorable au travail adhésif, si on sait la modifier comme on modifie une plaie ; pourvu, cependant, que les parois ne soient pas d'une épaisseur considérable. Ce dernier point domine souvent toute la question du traitement.

Si les kystes intrapéritonéaux sont soumis, pour l'étiologie, aux mêmes causes que tous les autres kystes du corps, il en est cependant qui trouvent une raison toute particulière d'être dans des causes qui appartiennent en propre aux viscères de la digestion, de l'appareil urinaire et de l'appareil génital.

Ils peuvent être mobiles, ne tenant que par un pédicule plus ou moins large à l'organe sur lequel ils ont pris racine ; ils peuvent être entièrement fixes et immobiles, ce qui arrive quand ils sont cloisonnés dans l'intérieur d'organes parenchymateux ; ils peuvent encore être fixés en partie par des brides, des adhérences qui les unissent à des organes environnants.

Les kystes mobiles se déplacent partiellement par les changements de position de l'individu, et, par suite, leurs rapports varient. Il en est qui, par leur évolution naturelle, opèrent une migration que l'on peut prévoir, et souvent que l'on peut suivre. D'autres opèrent une migration par envahissement de proche en proche, plutôt que par un déplacement de totalité. C'est ainsi qu'on a vu des kystes des reins repousser le diaphragme dans la poitrine, et se créer une issue, dans cette cavité, par un orifice fistuleux.

Les parois des kystes intrapéritonéaux peuvent affecter des

épaisseurs diverses, des organisations différentes, suivant leur origine et le travail morbide ou de nutrition qui a présidé à leur développement. Elles sont susceptibles, comme dans toutes les autres tumeurs analogues, de subir des transformations par suite des mêmes causes; elles peuvent devenir cartilagineuses, osseuses. elles se composent souvent de plusieurs couches adossées; on en a vu jusqu'à 6. Leur contenu peut varier sous l'influence d'une foule de causes, mais surtout suivant qu'il a préexisté à la formation de la poche, ou qu'il est le produit de cette poche elle-même. Tout ce que nous avons dit dans nos généralités lui est applicable, nous n'y reviendrons donc pas.

Les plus fréquents des kystes intrapéritonéaux sont ceux du foie, qu'ils siégent dans le tissu de la glande, ou bien, qu'ayant pris naissance au sein de ce tissu, ils viennent faire saillie au dehors pour acquérir un développement plus ou moins prononcé. Après ceux du foie, on peut ranger, sous le rapport de la fréquence, ceux des ovaires chez la femme, ceux de la rate et des reins; puis ceux qui, libres ou fixes, se développent sur un point du péritoine, soit dans une duplicature, soit dans le tissu cellulaire qui la garnit ou est sous-jacent.

§ I. — Kystes du foie.

Parmi les kystes du foie, ceux que l'on rencontre le plus habituellement sont les kystes hydatiques, les kystes séreux et les kystes purulents ou abcès enkystés (1). Toutes les autres variétés peuvent aussi y prendre racine. Il est des kystes hydatiques qui se développent à la surface du foie entre le tissu glanduleux et la capsule péritonéale qui le recouvre, ou sur cette capsule elle-même. Pour les premiers, il y a toute probabilité, ainsi que l'avancent presque tous les auteurs, que c'est une hydatide échappée de l'intérieur de la glande qui est venue se fixer là ; pour les seconds, au contraire, sans nier tout à fait la possibilité d'une pareille migration, il nous paraît à peu près certain que ce sont des hydatides, déposées originairement sur la portion du péri-

(1) Voyez J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 3e livraison, avec planches.

tôine qui enveloppe la glande, qui les constituent. Nous allons avoir bientôt à citer un exemple qui prouve ce fait avec la dernière évidence.

Les kystes du foie offrent toujours une gravité considérable à cause des fonctions importantes qu'ils compromettent, et des accidents de toute espèce que leur présence peut susciter; cette gravité s'accroît ensuite en raison de la nature du kyste, de son unité ou de la multiplicité de tumeurs semblables, en raison de son développement et de sa marche plus ou moins rapide.

Ils peuvent exister pendant un temps plus ou moins long, sans qu'on en soupçonne la présence, sans qu'ils donnent lieu à aucun trouble fonctionnel ou sympathique : c'est quand, solitaires et d'un petit volume, ils n'exercent qu'une compression minime et graduée à laquelle s'habitue la glande hépatique, et qu'ils n'interceptent ni la circulation sanguine ni celle de la bile.

La plupart du temps, avant qu'ils puissent être reconnus à des signes plus ou moins probables ou certains, ils donnent naissance à des phénomènes qui leur sont communs avec beaucoup d'autres maladies. Tels sont les douleurs à la région du foie, douleurs qui peuvent disparaître pour revenir, varier en intensité, mais qui, à un moment donné, prennent le caractère de la fixité ; l'ictère répandu à tout ou partie de la surface cutanée, la constipation par suite de la suppression plus ou moins complète du flux biliaire à la surface intestinale. A une époque plus avancée, quand la tumeur a acquis un volume considérable, à tous ces phénomènes s'en joignent d'autres plus positifs. Le foie, distendu sur un point ou un autre par la tumeur, peut présenter une saillie appréciable à l'hypocondre droit ou à l'épigastre. Cette saillie anormale, que l'on parvient, par voie d'analyse, à rattacher au foie, peut présenter une fluctuation profonde. Si, alors, il n'y a eu aucun signe d'hépatite bien caractérisée, si le malade n'a été en proie à une fièvre symptomatique intense, s'il ne présente aucun signe de diathèse cancéreuse, tuberculeuse ou autre, on a des probabilités fort grandes pour la présence d'un kyste. La fluctuation de la tumeur indiquerait qu'il s'agit d'un kyste à contenu liquide. La présence de quelque kyste hydatique dans une autre partie du corps laisserait supposer, à bon droit, qu'il s'agit ici d'un kyste de même nature. En tout cas, il n'y a qu'une

ponction exploratrice qui pourrait lever tous les doutes, et on ne doit hasarder cette ponction que quand on est sûr que la tumeur a acquis des adhérences avec les parois abdominales.

L'issue des kystes hépatiques est souvent funeste, par l'impossibilité où l'on se trouve de les diagnostiquer avec précision, et celle, plus fréquente, de les combattre fructueusement. Cependant la nature fait elle-même quelquefois les frais de la guérison, par l'ouverture spontanée de la poche à travers des organes qui peuvent permettre la sortie de son contenu au dehors. C'est ainsi qu'elle peut se vider dans les intestins, par une communication directe, établie au moyen d'ulcération de la portion intestinale en contact avec elle, ou dans l'estomac. C'est encore de cette façon qu'elle peut se faire jour dans une bronche à travers le diaphragme qui sépare le foie du poumon droit.

Nous donnons en ce moment nos soins à un officier d'infanterie de marine, venu de la Martinique avec un abcès du foie consécutif à une hépatite. Cet abcès s'est ouvert dans le poumon correspondant, de la manière que nous venons d'indiquer. Ce militaire expectore, depuis cinq mois, une quantité plus ou moins considérable de pus lie-de-vin, très-caractéristique. Aucun signe n'a fait défaut pour diagnostiquer l'abcès en question et sa communication avec un orifice bronchique. Ce malade est dans un état d'amélioration très-marquée; il avait d'ailleurs été observé par le médecin en chef du Val-de-Grâce, M. Maillot, dans le service duquel il avait séjourné quelque temps, avant de venir à Ajaccio, son pays natal. Eh bien, par le même motif qu'un abcès du foie peut s'ouvrir dans le poumon, un kyste de cette glande peut suivre la même marche, et la science n'est point dépourvue tout à fait d'exemples semblables (1).

Mais, pour s'ouvrir quelquefois dans la poitrine, les kystes du foie ne se terminent pas toujours heureusement dans ces cas. Loin de là, en se faisant un passage à travers le diaphragme pour

(1) Le cas le plus remarquable de ces guérisons spontanées que possède la science est celui adressé par M. Goyrand, d'Aix, à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 30 juin 1850. Chez le même sujet, trois kystes hydatiques du foie se sont ouverts : le premier (1833), dans les bronches; le second (1845), dans l'estomac, et le troisième (1848), dans l'intestin. Le sujet de l'observation a guéri.

aller se vider dans la cavité des plèvres, ils déterminent souvent des accidents graves, mortels même. Tel est l'exemple remarquable recueilli par M. le docteur Foucart, dans le service du professeur Rostan (1).

Le malade avait présenté tous les signes d'une pleurésie droite avec épanchement : douleurs en arrière, à droite du thorax, dans la moitié inférieure; matité et absence de tout bruit respiratoire dans la même étendue, etc., etc. On employa tout ce qu'il est d'usage de faire en pareil cas. Les accidents dyspnéiques, la fièvre ayant augmenté envers et contre tout, et la vie du malade paraissant compromise sérieusement, M. Rostan fit pratiquer la thoracentèse. La ponction donna issue à deux litres de liquide citrin et limpide, coagulable à la chaleur. Un soulagement marqué suivit l'opération, mais ne se soutint pas longtemps; et, 28 jours après, le malade succombait au milieu de phénomènes de suffocation.

A l'autopsie, on trouva le foie occupant les trois quarts de la surface abdominale, recouvrant les intestins et descendant jusqu'à deux travers de doigt du pubis. Cet organe était déformé et présentait deux tumeurs volumineuses, occupant les deux tiers supérieurs de son étendue. La tumeur supérieure était fluctuante, élastique, à contenu liquide, de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, se terminant en pointe dans les environs de l'attache du ligament suspensoir du foie. Les parois de la seconde, quoique fluctuante aussi, étaient formées par le tissu même de l'organe et plus épaisses.

Une ponction, faite avec le bistouri, dans le côté droit de la poitrine, donna issue à 2 litres de sérosité citrine, transparente; et, en même temps, les tumeurs du foie s'affaissèrent. Des pressions, exercées sur la poitrine, firent sortir une égale quantité de liquide jaune, et contenant, çà et là, des flocons purulents : il restait encore environ 5 litres de liquide tout à fait purulent, opaque et mêlé de grumeaux amorphes. On enleva avec précaution la paroi thoracique et les attaches antérieures du diaphragme, coupées le plus près possible de leurs points d'insertion : le côté droit fut trouvé plein de ce liquide.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 99, 28 août 1851.

Des fausses membranes, de 3 et 4 millimètres d'épaisseur, jaunes, rugueuses, assez résistantes pour qu'on pût en enlever des lambeaux considérables, tapissaient la plèvre. La poche supérieure communiquait directement avec la cavité pleurale droite.

Parmi les exemples assez rares de kystes du foie ouverts dans la poitrine, et consignés dans les auteurs, nous pouvons citer : celui qu'indique sans détail M. Piorry, dans son *Traité de pathologie*, pag. 381, t. V; celui de M. Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique*, XXXVe livr.; un troisième, dans le recueil intitulé *La Clinique des Hôpitaux*, t. II, page 828, n° 82; un quatrième, enfin, consigné dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 19e année, 1844, page 147.

Quand le kyste hépatique est accessible aux moyens chirurgicaux, la guérison peut avoir lieu plus ou moins facilement, suivant la nature de son contenu. C'est ainsi qu'un simple abcès enkysté offre bien plus de chances de succès qu'un kyste hydatique, facile à se reproduire. Le kyste purement séreux est dans les mêmes conditions.

Il n'est pas toujours facile de distinguer si un kyste, dont on a pu soupçonner la présence, siége dans le sein de la glande, ou en dehors, à sa périphérie. Cependant c'est là une question importante ; car le traitement a plus de chances de réussite dans le dernier cas.

Quand on a affaire à une tumeur volumineuse faisant saillie sur l'hypocondre droit ; quand cette tumeur s'est accrue lentement et graduellement, sans causer de trouble marqué dans les fonctions qui sont dévolues au foie, on a de fortes présomptions pour penser qu'elle siége en dehors de la glande. Là se borne tout ce qu'on peut avancer de plus fondé. Nous voulons citer un exemple qui prouve la réalité de cette assertion. Il s'agit du kyste hydatique le plus volumineux qu'il ait été donné d'observer à la surface du foie. Cette observation a été relatée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 12 déc. 1850.

IVe OBSERVATION. — KYSTE HYDATIQUE PÉRIHÉPATIQUE. — SUPPURATION DU KYSTE. — ABCÈS MULTIPLES DANS LE FOIE PAR INFECTION PURULENTE.

Le nommé Guillard, soldat au 61e de ligne, âgé de 28 ans, libéré depuis sept mois, d'une constitution moyenne, d'un tempérament bilieux-sanguin, entre au Val-de-Grâce le 9 août 1850. Ce militaire nous raconte qu'il n'a jamais été malade avant son entrée au service, qu'il a fait son congé sans passer un seul jour à l'hôpital. Dans le courant de janvier dernier, il éprouva une douleur dans toute la base antérieure droite du thorax, venant aboutir à l'épigastre en suivant exactement la direction du foie. Cette douleur, très-vive par moments, se calmait ensuite et permettait à Guillard de vaquer à son service. A cette époque, son régiment quittait Paris pour se rendre à la Rochelle; il dut supporter les fatigues de ce voyage. Sous l'influence de la marche prolongée, la douleur initiale s'exaspéra; et le 30, jour de son arrivée à la Rochelle, il dut demander son entrée à l'hôpital. Il n'y demeura que quinze jours, pressé qu'il était de rentrer dans ses foyers. Deux applications de sangsues avaient amélioré sa position.

Guillard se met en route pour revenir à Paris. Après trois jours de marche, il est contraint de rentrer dans le premier hôpital qui se trouve sur son passage, celui de Lusignan. Là, on lui applique douze sangsues sur l'hypocondre droit, puis un vésicatoire à la même place; et, dix-neuf jours après, il reprend son itinéraire.

Arrivé à Tours, le 7 juin, les douleurs reparaissent plus vives que jamais, avec gêne de la respiration. Troisième entrée à l'hôpital. Ici le traitement dure un mois : il consiste en purgations répétées et frictions, sur le point douloureux, avec une pommade à base de morphine.

Depuis la sortie de l'hôpital de Tours jusqu'à l'entrée au Val-de-Grâce, il s'est écoulé vingt-neuf jours, pendant lesquels le malade a toujours eu à souffrir, mais luttant avec courage contre la douleur. Depuis l'invasion, il ne s'est jamais montré de teinte ictérique à la peau ou même aux conjonctives.

A son arrivée dans nos salles, Guillard est déjà amaigri; il est pris d'une toux sèche, fréquente, accompagnée de dyspnée. Il accuse une douleur partant d'un pouce et demi au-dessous du sein droit pour s'étendre jusqu'au-dessous des fausses côtes en s'irradiant à l'épigastre.

Cette douleur se fait sentir également en arrière, où elle remonte jusqu'à l'épaule, et, par intervalles, elle devient lancinante et entrecoupe la respiration. Entre l'épigastre et l'hypocondre droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes, apparaît une tumeur de la grosseur du poing, douloureuse à la pression, plus douloureuse encore à la percussion. Il y a une légère teinte ictérique des conjonctives, rien de semblable à la peau.

Percussion. En avant, à droite, bonne résonnance, de la clavicule à 3 centimètres au-dessous du sein; matité, ensuite, jusqu'à 4 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. Cette matité occupe la moitié supérieure de l'épigastre et une bonne partie de l'hypocondre gauche.

Auscultation. Expansion vésiculaire bonne dans tout le côté gauche, bonne également à droite, en avant, du sommet au sixième espace intercostal, nulle au-dessous. En arrière, respiration puérile du sommet à l'angle inférieur de l'omoplate, obscurcie au-dessous, et masquée, en partie, par une crépitation pleurale; absence complète dans le tiers inférieur. Quelles que soient les positions qu'on fasse prendre au malade, les limites de la matité restent les mêmes. Une bronchophonie obscure est entendue au niveau du sommet du tiers inférieur postérieur droit. Du reste, le pouls vif, peu développé, bat 85 fois; chaleur normale à la peau; langue couverte d'un enduit muqueux, jaune-verdâtre.

Nous pensons avoir affaire à une affection déjà ancienne du foie. La tumeur de l'hypocondre n'offrant aucune fluctuation, même à une pression forte, nous éloigne de l'idée d'un kyste hydatique ou autre. Le foie est évidemment hypertrophié; la tumeur pourrait bien être un commencement de dégénérescence organique. Il y a en outre une pleurite droite avec épanchement moyen.

Pendant un mois, toute notre médication s'attaque à ces pré-

tendues affections. Ventouses scarifiées en avant et en arrière de la base droite du thorax, puis vésicatoires et purgatifs salins répétés ; cautères ensuite, avec continuation des purgatifs de loin en loin : telle est cette médication. Ces moyens avaient amené une grande amélioration, le 10 septembre. La dyspnée avait disparu; l'expansion vésiculaire, nulle auparavant dans le tiers inférieur postérieur droit, était perçue maintenant, quoique lointaine et faible ; mais le son restait mat.

Pendant plusieurs jours de suite, tout se passa bien, et le malade songeait déjà à quitter l'hôpital ; mais bientôt la respiration s'embarrassa de nouveau. Le 20 septembre, la percussion et l'auscultation sont pratiquées. La matité antérieure droite n'a pas gagné en hauteur ; mais elle remonte, latéralement, jusqu'au creux axillaire, et postérieurement du même côté, elle reste bornée au tiers inférieur. L'auscultation dénote toujours une absence d'expansion vésiculaire, de la ligne marquée au-dessous du sein, en bas ; même absence dans toute la partie latérale droite jusqu'au creux axillaire. En arrière, respiration bonne dans les deux tiers supérieurs, expansion vésiculaire tout à fait faible et lointaine dans le tiers inférieur. Respiration normale et bonne résonnance dans tout le côté gauche.

Les parois latérales droites du thorax sont infiltrées ; les veines qui rampent à leur surface sont dilatées. Entre les septième et huitième côtes droites, on sent une fluctuation sous-musculaire en pressant fortement avec deux doigts. Le malade accuse, dans ce point, une sensation d'ondulation liquide quand il exécute des mouvements. L'oreille, appliquée dessus, ne perçoit aucun bruit particulier.

Persuadé, d'après tous les signes que nous venons d'énumérer, qu'il s'agit d'un kyste périhépatique à contenu liquide, nous désirons pratiquer la ponction. Une consultation, à laquelle M. Jules Guérin prend part, a lieu. Malgré l'ardent désir que témoigne le malade pour l'opération, les confrères, peu édifiés sur la nature de cet état morbide et surtout sur la situation positive du liquide, répugnent à porter le trois-quarts dans la poche. Depuis ce moment jusqu'au 14 octobre, des douleurs sourdes apparaissent de nouveau et résistent aux divers moyens mis en usage ; la dyspnée persiste, et, de temps en temps, il y a insomnie prolongée.

Le 14, les douleurs prennent un caractère décidé d'acuité; elles deviennent térébrantes, occupent toute la base latérale droite d'avant en arrière, et remontent jusqu'à l'épaule. Des frissons irréguliers s'emparent du malade, la fièvre éclate, le pouls bat 111 fois. La mensuration donne, au côté droit, un développement de 3 centimètres de plus qu'au gauche.

Du 14 au 21, persistance des mêmes douleurs, augmentation de la dyspnée, continuation de la fièvre, avec exacerbation le soir.

Le 21, apparition de teinte ictérique à la peau. Le 22, accès de fièvre caractérisée par les trois stades de froid, de chaud et de transpiration.

Le 23 et le 24, nouveaux accès de fièvre de plus longue durée. Pendant l'un de ces accès, les douleurs deviennent intolérables, et embrassent à la fois toute la surface épigastrique; quelques vomissements glaireux, limpides, ont lieu.

Le 25, la langue se dessèche, les pommettes se colorent d'un rouge vif, le pouls est à 119; la fluctuation sous-musculaire devient plus appréciable dans les septième et huitième espaces intercostaux droits. Le malade voudrait à toute force qu'on l'opère; mais les nouveaux désordres survenus empêchent d'obtempérer à ses désirs. Application d'un large cautère sur le côté, pour donner issue au liquide, ultérieurement.

Le 26, nombreux frissons ressentis à intervalles différents; le ventre se ballonne, reste tendu, avec résonnance tympanique périombilicale, et matité partout ailleurs. En pressant sur le ventre, avec la main, on peut sentir les limites du foie, qui descend jusqu'à l'épine iliaque antérieure supérieure droite.

Du 27 octobre au 1er novembre, très-grande agitation, douleur poignante, respiration suspireuse, pouls à 125. Opiacés sous diverses formes, cataplasmes chauds, eau de Sedlitz tous les deux jours.

Le 3, apparaît un délire fugace, avec trismus par intervalles; la langue se racornit et se gerce; la teinte ictérique de la peau passe au jaune-safran; les pommettes restent plaquées rouge.

Du 3 au 9, c'est-à-dire pendant six jours, le délire persiste avec une intermittence irrégulière; le trismus se prononce davantage; quelques grincements de dents ont lieu, et la tête a de la tendance à se renverser en arrière.

Le 9, le délire est continu ; les yeux restent convulsés en haut; la tête est renversée en arrière, le décubitus est dorsal avec rigidité des membres. De temps en temps les mâchoires se desserrent, et un grincement de dents a lieu. A travers son délire, Guillard pousse des plaintes continuelles. Le pouls s'est tellement rapetissé, qu'il fuit sous la main. On peut compter cependant 130 pulsations à la minute. 20 à 25 selles liquides ont lieu dans les 24 heures.

Le 10, même état. Encore un nombre considérable de selles liquides. La quantité de matières évacuées dans les 24 heures peut être évaluée à 5 litres environ. Le ventre reste affaissé, excepté dans les portions qu'occupe le foie. Les grincements de dents se répètent plus souvent; la tête se déjette à droite et à gauche, toujours renversée en arrière ; le trismus et les convulsions des yeux persistent; les membres sont agités de mouvements convulsifs; la déglutition est devenue très-difficile; une partie du liquide régurgite.

Toute la journée du 11 se passe dans le même état, et le malade expire, le 12 au matin, au milieu des plaintes qu'il exprime dans son délire. — Autopsie 24 heures après la mort.

Habitus. Roideur cadavérique; plaque noire, violacée, de 19 centimètres de haut sur 8 de large, aux parties moyenne et inférieure postérieures droites du thorax. Quelques vésicules pleines de sérosité citrine surmontent cette plaque. Pertes de substance à fond grisâtre sur cinq points divers de cette même étendue; teinte jaune-safran de toute la surface cutanée.

Cavité crânienne. Vacuité des sinus longitudinal et latéraux.

Cerveau. Plaques de pus jaunâtre, semi-concret, longeant à intervalles entrecoupés les rebords des hémisphères, le long de la grande scissure longitudinale. D'autres plaques purulentes, nombreuses, de diverses dimensions, depuis 4 centimètres et au-dessous, existent en divers points de la surface des hémisphères. Le gauche en est plus pourvu que le droit. Sur sa partie latérale, moyenne, il en existe une qui simule un abcès du cerveau et forme une bosselure. En détachant l'arachnoïde et la pie-mère, la substance cérébrale se montre intacte au-dessous; la plaque purulente a bien un centimètre d'épaisseur.

A la face supérieure du cervelet existent aussi des plaques pu-

rulentes qui envoient des prolongements à la face inférieure et à la commissure des nerfs optiques. Des plaques de même nature enveloppent la protubérance annulaire et la moelle allongée. Les ventricules latéraux ne contiennent que quelques gouttes de pus fluide, de la même couleur. Les substances blanche et grise paraissent avoir plus de consistance qu'à l'état normal ; elles résistent à la pression du doigt. Le long de la moelle, à la face postérieure, on remarque une exsudation purulente sous-arachnoïdienne, plus épaisse aux renflements cervical et lombaire. Cette exsudation est semi-solidifiée; on peut la détacher en incisant longitudinalement l'arachnoïde et la pie-mère.

Cœur. La duplicature du feuillet péricardique adhère partout à elle-même, au moyen de brides cellulo-fibrineuses. Autour de la pointe de cet organe, les moyens d'union sont constitués par une couche de lymphe plastique jaune-serin, semi-solidifiée. Le cœur lui-même est le siége d'une hypertrophie excentrique assez prononcée, et portant sur ses deux parties, droite et gauche.

Poumons. Le gauche est intact et libre de toute adhérence. Le droit, refoulé dans le tiers supérieur, en avant et latéralement, descend, en arrière, jusqu'à la partie moyenne. Tout son lobe inférieur et partie du lobe moyen ont contracté des adhérences avec le diaphragme et la plèvre costale. Les adhérences sont celluleuses, lâches, d'un rouge livide, cédant facilement aux tractions. Les deux lobes supérieurs sont parfaitement sains ; l'inférieur, déprimé, aplati d'avant en arrière, a un aspect carnifié, mais se laisse distendre par l'insufflation.

Abdomen. La cavité abdominale contient environ 2 litres de sérosité citrine, au milieu de laquelle flottent les intestins, pâles, décolorés. Les épiploons sont atrophiés, réduits à des languettes frangées, pâles. Le foie, très-volumineux, va toucher, par son grand lobe, l'épine iliaque antérieure supérieure droite. Son petit lobe, dont la face supérieure est devenue antérieure, occupe l'épigastre et presque tout l'hypocondre gauche. Cet organe est complétement déformé. Son grand lobe, qui remonte en avant jusqu'au tiers supérieur de la cavité droite du thorax, adhère intimement au diaphragme fortement refoulé en haut, et latéralement, à droite, au péritoine pariétal précostal. Rien ne laisse encore soupçonner une cavité ; mais à mesure que, par la dissec-

tion, on veut détruire les adhérences, le scalpel tombe dans une poche cachée par les parois costales et abdominales unies au foie. Il s'échappe aussitôt une sérosité jaune, trouble, contenant des flocons albumineux en suspension (1).

A mesure qu'elle s'écoule, cette sérosité paraît plus épaisse, plus trouble, ayant l'aspect du séro-pus à teinte jaune-verdâtre. Tout le kyste peut être détaché des parois abdominales et diaphragmatiques, et être enlevé avec le foie, avec lequel il forme corps, et dont il a envahi les trois quarts du grand lobe qu'il semble avoir détruit.

La quantité de liquide que renferme le kyste n'est pas moindre de 2 litres. Ce liquide contient de larges débris de pseudo-membranes minces, citrines, presque transparentes. L'un de ces lambeaux a au moins deux fois la grandeur de la main. A côté de ces débris membraniformes existent des vésicules pleines de liquide, libres et transparentes ou opalines. Nous en remarquons quatre de la grosseur d'un œuf de poule, une quinzaine comme des noix et des noisettes, une foule d'autres beaucoup plus petites; aucune d'elles, au reste, n'en renferme d'autres; elles sont toutes uniloculaires et isolées.

Les parois du kyste sont constituées par un tissu fibreux, de 1 à 1 1/2 centimètre d'épaisseur, dont la moitié latérale droite appuyait sur les parois costo-abdominales. La moitié latérale gauche, et toute la partie postérieure, reposent sur le foie, qui enveloppe le kyste dans les deux tiers de son étendue, et se confond si intimement avec lui, qu'on dirait un abcès creusé aux dépens du tissu hépatique.

Mais en exerçant, avec précaution, quelques tractions fortes sur le foie, d'une part, et la poche, de l'autre, on parvient à les isoler. On voit alors que le foie reste intact au-dessous, qu'il n'est que déprimé, et que le tissu glanduleux n'a pas même perdu sa séreuse d'enveloppe. Vers sa partie postérieure et latérale gauche, est une éraillure, une vraie ulcération des parois kystiques, qui,

(1) Le professeur Cruveilhier fait observer qu'il n'a rencontré cette coloration jaune du liquide contenu dans les kystes du foie que quand il y avait eu inflammation de la poche ou communication avec les canaux biliaires au moyen de quelques pertuis un peu larges (*Anatomie pathologique*, avec planches. *Kystes du foie*).

par un pertuis extrêmement rétréci, communique avec une grosse branche des veines hépatiques.

En dehors du kyste, le foie conserve partout sa surface lisse et unie, excepté vers la partie moyenne supérieure de son petit lobe, où l'on perçoit des traces d'adhérences granuleuses, qui l'unissaient à la partie correspondante du diaphragme, dans l'espace de quelques centimètres. A ce même endroit existe une tumeur peu saillante, de 4 centimètres environ de diamètre. Cette tumeur, qui siége dans le parenchyme, est fluctuante. Une ponction donne issue à du pus jaune et bien lié. Après avoir largement incisé et lavé, on voit les parois du foyer à tissu éraillé, érodé; le tissu hépatique a été détruit, en quelques points, par la suppuration.

Un grand nombre d'abcès existent encore dans le petit lobe : ils sont tous beaucoup plus petits, et varient, pour la grosseur, depuis le volume d'une noix jusqu'à celui d'un petit pois. Tous ceux que nous ouvrons présentent des parois lisses, sans être tapissées néanmoins par une membrane, ce qui prouve qu'ici le tissu du foie n'a été que comprimé périphériquement par ces collections multiples.

Plusieurs abcès pareils siégent également dans le grand lobe; le plus grand de ceux-ci, situé en haut et en arrière, est de la grosseur d'un œuf de pigeon. Ses parois, constituées par le tissu glanduleux, sont chagrinées, rugueuses, comme déchirées.

En somme, nous comptons, dans la totalité du foie, jusqu'à 20 abcès, dont 2 seulement semblent s'être creusés aux dépens de pertes de substance de la part du tissu hépatique.

Nous trouvons sur la tunique interne de plusieurs branches de la veine porte et des veines hépatiques une rougeur foncée qui résiste au lavage répété, et même à une macération de 24 heures. Le tronc qui communique avec l'ouverture du kyste, mentionnée plus haut, est le siége d'une rougeur pareille que nous pouvons suivre assez loin. Le tissu du foie a un aspect jaune-foncé uniformément, et, sous ce rapport, les deux substances se confondent exactement. Il est, du reste, résistant; la pression en fait suinter un liquide gras, huileux, rouge-orangé. La vésicule biliaire est doublée de volume; ses parois sont épaisses, denses, d'un blanc de nacre. Elle est complétement vide. Vers l'embouchure

du canal cystique est un amas de matière desséchée, d'un noir vert, très-dure, insoluble dans l'éther en ébullition, et qu'on dirait de la bile desséchée.

Voilà une observation de kyste hydatique périhépatique, développé en dehors même de la séreuse qui enveloppe le foie. Aussi les fonctions de la glande n'ont jamais été troublées ni compromises durant le cours de la maladie. Ce n'est que quand le kyste s'est perforé, qu'il a déversé une portion de son contenu suppuré dans les veines hépatiques, qu'a eu lieu, alors, une véritable phlegmasie de cette glande. La phlegmasie est arrivée à suppuration; et cette suppuration a suscité, par suite de la résorption du pus, une méningite cérébro-spinale qui est venue terminer la scène.

M. Cruveilhier (1) rapporte un cas de double kyste hydatique du foie, assez remarquable sous plus d'un rapport. Le dessin qui représente, à la planche V, cette double altération de la glande hépatique laisse parfaitement saisir les rapports, les formes et l'étendue de ces deux poches morbides.

Ve OBSERVATION. — DOUBLE KYSTE HYDATIQUE DU FOIE, PRÉSUMÉ CONSÉCUTIF A UN VIOLENT COUP REÇU, 14 ANS AVANT, SUR L'ÉPIGASTRE.

Le sujet de l'observation est un officier très-robuste et très-fortement constitué, qui, après avoir reçu un coup de crosse de fusil sur l'épigastre et avoir été laissé pour mort sur le champ de bataille, éprouva à cette région une douleur très-vive, qui se transforma ultérieurement en une gêne habituelle. Un an après l'accident, il fut pris d'une hématémèse, qui continua à reparaître périodiquement tous les quinze jours ou tous les mois, pendant 13 années consécutives.

Quand le malade entra dans la Maison royale de santé, en 1828, c'est-à-dire 14 ans après son premier accident, il présentait des traces d'anasarque avec ascite assez avancée. Il y avait chez lui des troubles peu saillants du côté des fonctions hépatiques, un léger ictère. Du reste, l'état général était satisfaisant, l'appétit très-bon. Le commémoratif, joint à la teinte ictérique

(1) *Anatomie pathologique*, 3e liv., p. 7 et suiv.

de la peau, pouvaient faire croire à une lésion organique du foie ayant donné lieu aux suffusions séreuses, tandis que le peu d'intensité des symptômes dénotait une de ces lésions qui ne portent pas une perturbation profonde dans l'organisme, un squirrhe circonscrit, un kyste séreux ou acéphalocyste. C'est dans cette dernière supposition que M. Cruveilhier dirigea le traitement.

Après quelques scarifications pratiquées sur les extrémités inférieures pour les dégorger, le 21e jour de l'entrée du malade dans la Maison de santé, celui-ci fut pris d'un frisson qui se renouvela deux ou trois jours après, sans troubles notables de la circulation, mais accompagné de coliques et de douleurs dans tous les membres. A cet état succéda rapidement de l'immobilité, de la stupeur analogue au narcotisme. Le 26e jour de l'entrée, il expirait dans cet état de stupeur. Un abcès s'était développé autour d'une saignée pratiquée le 4e jour de son traitement, et cet abcès s'ouvrit pendant qu'on transportait le malade agonisant d'un lit dans un autre.

A l'autopsie, on s'attendait à trouver des traces de péritonite. Il n'en fut rien. M. Cruveilhier attribua la mort, non à l'altération enkystée, mais à un large phlegmon sous-cutané qui s'était développé dans les extrémités inférieures, par suite de la distension et des scarifications. Le foie était déformé, comme cela arrive toujours dans les cas de kystes volumineux. Son diamètre antéro-postérieur était aussi considérable que le diamètre transverse, et le diamètre vertical avait la même étendue aux deux extrémités. Le lobe gauche était atrophié ; la surface du foie était comme ratatinée, hérissée de granulations d'inégal volume et de formes diverses. Deux tumeurs volumineuses, fluctuantes, existaient, l'une à l'extrémité droite, l'autre à l'extrémité gauche : supérieurement, elles ne dépassaient pas le niveau de l'organe ; inférieurement, la gauche le dépassait et formait une saillie sphéroïde assez considérable. Chacune de ces tumeurs présentait, supérieurement, un appendice très-saillant, parcouru par des vaisseaux sanguins, à parois très-minces et qui n'eussent pas tardé à s'ouvrir dans la cavité péritonéale.

Largement ouvertes d'arrière en avant, ces tumeurs étaient remplies par un liquide boueux, jaunâtre, au milieu duquel étaient

des acéphalocystes entières et des acéphalocystes vides, ramassées sur elles-mêmes et colorées en jaune.

La membrane qui tapissait la poche gauche était garnie, à sa surface interne, de granulations agglomérées, comparables à de petits œufs. A la surface de celle qui tapissait la poche droite, on voyait des vésicules en grappes, les unes régulières, les autres irrégulières, germes probables d'acéphalocystes et prêts à se détacher.

Le kyste d'enveloppe était fibreux, d'un quart de ligne d'épaisseur : sa surface interne était rugueuse, comme déchirée ; elle était tapissée de concrétions, ici brunes, là vertes, ailleurs jaunâtres, ailleurs du jaune orangé le plus beau. M. Cruveilhier attribue ces diverses colorations à la matière colorante de la bile modifiée.

Le kyste put être enlevé avec facilité. Un tissu filamenteux et lâche l'unissait au foie, à la substance duquel il ne tenait que par une foule de vaisseaux artériels et veineux, et de canaux hépatiques dont un grand nombre étaient oblitérés.

Le kyste du lobe gauche, qui dépassait en bas le niveau du foie, offrait une disposition remarquable. Il comprimait la division gauche de la veine porte, division qui était singulièrement rétrécie, d'où, sans doute, l'atrophie du lobe gauche. La branche correspondante du canal hépatique était, au contraire, dilatée. Le cerveau et ses enveloppes, les organes thoraciques et abdominaux étaient parfaitement sains. Il y avait un large phlegmon sous-cutané, avec pus infiltré ou ramassé en foyer, occupant les jambes et s'étendant aux cuisses.

Kystes biliaires.

M. Cruveilhier, ayant eu occasion d'examiner un certain nombre de foies d'enfants nouveau-nés, parsemés de tubercules, et ces tubercules incisés lui ayant présenté une cavité remplie de bile concrète, il s'est demandé si ces prétendus tubercules n'étaient pas le résultat de l'inflammation des radicules biliaires, lesquelles, oblitérées de distance en distance par l'inflammation adhésive, deviendraient des kystes biliaires.

Sur un foie d'un enfant de 5 à 6 mois, et mort avec des tuber-

cules dans les poumons, qui lui fut donné comme exemple de tubercules du foie, l'auteur put trouver la confirmation de ses prévisions. En effet, après avoir divisé cet organe en plusieurs sens, il découvrit des cavités multiloculaires et uniloculaires, presque toujours remplies de concrétions biliaires dont étaient creusées la plupart de ces petites tumeurs. Plusieurs de ces prétendus tubercules, solitaires ou agglomérés, étaient dépourvus de cavités, d'une densité fibreuse, et probablement le résultat de l'oblitération des kystes (*Voir* pl. III, fig. 2 de la 12e liv.).

M. Cruveilhier a constaté l'existence de kystes biliaires, contenant de petites concrétions, sur deux foiés d'enfant et sur plusieurs foies d'adultes : dans tous ces cas, les parois des kystes étaient extrêmement épaisses et résistantes ; plusieurs offraient des cavités anfractueuses, dont les plus considérables auraient pu contenir un pois de senteur. Il était presque toujours impossible de saisir la continuité de ces kystes avec les canaux biliaires. Un foie d'enfant lui a présenté plusieurs centaines de kystes semblables. Il est incontestable que ces kystes biliaires peuvent acquérir un volume considérable. La fig. 3 de la pl. IV, 12e liv. du *Traité d'anat. pathol.* de l'auteur, le prouve évidemment.

§ II. — Kystes de la rate.

Les kystes de la rate peuvent avoir le même siége, la même origine que ceux du foie. Sous le rapport de la marche et de la terminaison, ils présentent une parfaite analogie avec les précédents. Leur situation dans l'hypocondre gauche, leur fixité dans ce point, jointes à des signes exclusifs pour d'autres organes de la cavité abdominale, sont susceptibles de les faire reconnaître. Il n'y a, du reste, aucun signe pathognomonique qui puisse les faire distinguer comme appartenant exclusivement à la rate.

M. Cruveilhier (1) a représenté un kyste hydatique de la rate. La tumeur occupait, comme de coutume, la face interne de l'organe, dans l'épaisseur duquel elle s'était creusé une cavité. Les parois étaient épaisses, fibreuses, et paraissaient formées de plusieurs couches superposées. Le tissu propre de la rate ne recou-

(1) *Anatomie pathologique*, avec planches, 25e liv., pl. I, fig.

vrait que la moitié externe du kyste, soit que la totalité de ce tissu propre eût été rejetée de côté, soit que ce tissu propre eût subi la transformation fibreuse dans toute la partie qui répondait à la moitié interne du kyste. Les acéphalocystes présentèrent toutes ce caractère singulier, que chacune d'elles contenait un nombre plus ou moins considérable d'acéphalocystes plus petites. Ces acéphalocystes avaient des formes variées, résultat probable des pressions auxquelles avaient été soumises ces productions libres. Voici, du reste, une observation de kyste acéphalocyste de la rate, recueillie dans le service de M. Séné, professeur de pathologie interne à l'école de Dijon, et envoyée, avec la pièce anatomique, à M. le professeur Cruveilhier.

VIe OBSERVATION. — KYSTE ENCÉPHALOCYSTE DE LA RATE, A POCHE UNIQUE, CONCOMITANT AVEC UN KYSTE ACÉPHALOCYSTE DU FOIE.

Un homme grand, fort, bien constitué, journalier, 46 ans, entra à l'hôpital de Dijon dans le mois de janvier 1839. Il raconte que, depuis dix-huit mois, il est sous l'influence d'une fièvre intermittente tierce, qui ne lui a pas permis de recouvrer cette plénitude de santé dont il se félicitait auparavant; que cette fièvre, qui dura d'abord deux mois, s'est reproduite à divers intervalles; que, depuis la même époque, il avait constamment éprouvé, dans la zone supérieure de la cavité abdominale, un embarras plutôt qu'une douleur, qui parfois dérangeait ses digestions et le rendait moins apte à des travaux pénibles et à des courses prolongées. Il a été obligé d'interrompre quelquefois ses fatigantes occupations; mais, homme fort et courageux, il a cherché à triompher de ses douleurs. Il travaillait encore un mois et demi avant son entrée à l'hôpital. Voici les symptômes qu'il offrit pendant le mois qui s'écoula entre son entrée et sa mort :

Face amaigrie, teint pâle et un peu jaune, soif, mauvais goût à la bouche, langue blanche, rénitence et matité dans toute la zone supérieure de l'abdomen, ventre indolent, selles assez rares, toux sèche, oppression, point de côté au niveau de la mamelle gauche (ce symptôme datait de douze jours), matité dans toute l'étendue de la moitié gauche du thorax et dans la partie inférieure de la moitié droite, absence du bruit respiratoire à gauche :

point d'égophonie. Bruit respiratoire normal à droite, mais obscur et lointain en bas, pouls très-fréquent, peau chaude et sèche.

Diagnostic. Pleurésie compliquée d'altération organique du foie.

Le traitement a consisté en antiphlogistiques modérés ; plus tard, en apéritifs, en fondants, en révulsifs. Nonobstant toute médication, l'oppression a augmenté, la teinte ictérique s'est fortement prononcée ; des vomissements assez fréquents sont survenus. Bientôt diarrhée, émaciation, sueurs colliquatives, fièvre hectique, infiltration générale ; mort sans douleur bien prononcée, et avec l'intégrité de l'intelligence.

A l'autopsie, on trouva les cavités pleurales remplies de sérosité jaunâtre ; cœur et poumons sains : le foie présentait, à la place de son lobe droit, une vaste poche pleine d'un pus horriblement fétide, au milieu duquel nageaient quelques acéphalocystes. Le lobe gauche était très-considérable.

Le kyste était tapissé d'un détritus gangréneux, coloré en jaune-orange. A ses parois étaient appendus de grands lambeaux membraneux, reconnus pour des débris de la poche. Plusieurs de ces débris présentaient çà et là des plaques ou épaississements cartilagineux, crétacés. La plupart adhéraient encore par un certain nombre de points. Quelques-uns étaient complétement libres et teints en jaune-orange de la nuance la plus belle et la plus vive possible.

A sa partie supérieure, ce vaste kyste présentait une arrière-cavité, située entre le diaphragme et la face convexe du foie, et s'ouvrant dans le kyste par deux larges ouvertures. Cette arrière-cavité offrait également des débris gangréneux. Le diaphragme était sur le point d'être perforé, et peu s'en était fallu que cette arrière-cavité ne s'ouvrît dans la plèvre. Du reste, des adhérences intimes unissaient le diaphragme au foie dans tout le pourtour du foyer. La cavité du kyste présentait, à gauche, deux ouvertures qui n'étaient séparées l'une de l'autre que par une bride. L'ouverture supérieure se terminait en cul-de-sac. Un stylet, introduit dans l'ouverture inférieure, conduisait directement dans la branche droite du canal hépatique et de là dans la branche gauche. La vésicule du fiel avait été repoussée en avant de l'extrémité gauche du kyste, et ne communiquait pas avec lui.

C'est à la communication du kyste avec les voies biliaires qu'é-

taient dues l'inflammation gangréneuse et la coloration jaune-orange des détritus et des lambeaux.

La rate présentait, sur son côté interne, une tumeur proéminente, et moulée, en quelque sorte, sur la moitié externe de sa surface. C'était un kyste tout à fait superficiel dans sa moitié interne. Les parois étaient très-denses, coriaces, et criaient sous le scalpel. Ce kyste était rempli par des acéphalocystes vides et par une boue plâtreuse. On aurait cru, au premier abord, qu'il y avait un grand nombre de membranes acéphalocystes pressées les unes contre les autres. Mais un examen plus attentif démontra qu'il n'y avait qu'une seule membrane épaisse, artistement plissée sur elle-même, flétrie et comme ridée, ratatinée. Sa surface externe avait une couleur glauque fort remarquable; sa surface interne était incolore. Son épaisseur, d'ailleurs très-inégale dans les divers points de son étendue, permettait de la diviser en lamelles. La boue plâtreuse ou caséiforme remplissait les vides des plis de l'acéphalocyste. Cette boue adhérait à la lamelle la plus externe de la membrane, qui était très-mince et très-adhérente, et s'enlevait avec elle. Cette boue tapissait, en outre, la surface interne du kyste, et semblait augmenter de densité à mesure qu'on approchait des parois du kyste. Celles-ci présentaient des plaques calcaires, lesquelles étaient contenues dans l'épaisseur du tissu fibreux qui les constituait.

Voilà un homme qui porte un kyste acéphalocyste du foie et de la rate, pendant longtemps, sans présenter d'accidents notables, et il n'en survient que lorsqu'il s'établit dans les kystes un travail d'élimination ou d'inflammation. N'est-ce pas là encore une preuve du peu de fondement du diagnostic par rapport à ces lésions morbides? Et quand les accidents ultimes ont apparu, y en a-t-il eu un seul qui ait pu dénoter le kyste de la rate? Il est vrai que tous les symptômes, se groupant autour d'une lésion du foie pouvaient masquer celle de la rate; mais, à coup sûr, le médecin n'a pas même diagnostiqué la première avec quelque probabilité.

C'est qu'en effet le diagnostic de ces kystes n'est réellement possible que quand la tumeur vient faire saillie à l'extérieur, par son grand développement, et qu'elle permet alors l'investigation directe.

M. le professeur Cruveilhier, à qui nous empruntons cette observation, pense que le kyste de la rate a été tout à fait étranger aux accidents signalés, qui ont amené la mort. Il croit que ce kyste avait été réduit de beaucoup, que cette poche unique avait dû être considérable; le travail inflammatoire qui s'était emparé d'elle et qui avait abouti à la conversion du contenu en une matière plâtreuse, caséiforme, semble un travail favorable pour la guérison du kyste. L'auteur que nous citons ne regarde pas comme impossible la disparition complète des membranes acéphalocystes, au milieu de ce travail, s'il s'opérait pendant le temps voulu, et en des conditions favorables.

M. Goyrand, d'Aix, que nous avons déjà cité, a eu occasion d'opérer un énorme kyste hydatique de la rate. Il en a transmis l'observation à la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 30 juin 1850.

M. Goyrand, ayant fait sur la tumeur une ponction exploratrice, vit se développer une péritonite grave. Cette péritonite fut combattue; et quand elle fut complétement guérie, l'auteur fit l'ouverture du kyste par l'incision des couches extérieures, et le vida. Puis il eut recours à la cautérisation des couches profondes, de la paroi abdominale. Le malade mourut, dit M. Goyrand, par suite de la rétraction trop rapide du kyste, qui se détacha du parenchyme de la rate.

Kystes des ovaires.

L'ovaire est peut-être de tous les organes celui qui a présenté les variétés les plus nombreuses de kystes : tout semble le disposer à ce genre d'affection, dont on pourrait dire qu'il est atteint à l'exclusion presque de toutes les autres, tant il le présente fréquemment. Sa texture, éminemment vasculaire, spongieuse, érectile; le grand développement de ses vaisseaux, notamment de ses veines; la part active qu'il prend dans l'orgasme du coït, les divers troubles auxquels l'exposent la fécondation et ensuite l'âge du retour, sont autant de circonstances favorables pour le prédisposer.

Dans l'état d'isolement où il se trouve par rapport aux autres organes et par continuité et par contiguïté, l'ovaire supporte

souvent, avec une sorte d'impunité pour l'organisme, les kystes les plus volumineux.

Il y a tant de variétés, d'espèces de kystes dont il peut être affecté, que sans leur connaissance exacte on serait exposé, à chaque instant, à des méprises, pour le diagnostic et la thérapeutique. Les kystes de l'ovaire sont ceux qui sont susceptibles d'acquérir le plus grand volume et de simuler plus complétement l'ascite.

M. Cruveilhier, dans son beau *Traité d'Anatomie pathologique*, 5e liv., p. 7, a groupé en 7 familles différentes toutes les variétés que sa longue carrière lui a permis d'observer. Les voici :

1° L'ovaire est converti en une poche unique qui peut acquérir un volume tel, qu'elle remplisse la presque totalité de l'abdomen, à la manière d'une ascite. Il est probable que dans ce cas une seule vésicule aura, par son développement, effacé le reste de l'organe, qu'on rencontre atrophié sur l'un des points de la circonférence de la poche, et confondu avec des épaississements cartilagineux et osseux.

2° Poche unique comme dans le cas précédent; mais de sa face interne s'élèvent des espèces de mamelons ou de végétations aplaties, plus ou moins étendues en largeur et en hauteur, formées par une matière filante comme le corps vitré, ou concrète comme le cristallin, contenue dans des cellules fibreuses, irrégulières. Dans la première espèce, la matière contenue est le plus souvent liquide; dans la seconde, elle est le plus souvent filante comme du blanc d'œuf, ou tremblotante comme de la gelée, et ne peut être évacuée par la ponction.

3° Tumeur divisée en une multitude de loges ou cellules, remplies par une matière variable. Tantôt c'est une sérosité limpide; d'autres fois c'est un liquide filant, albumineux, une gelée rougeâtre, souvent une matière purulente, sanguinolente. M. Cruveilhier dit même avoir rencontré une matière crétacée, remplissant un bon nombre de loges. Il n'est pas rare de voir une, deux ou trois loges constituer la moitié, les deux tiers ou les trois quarts de la tumeur. Ces kystes peuvent être parfaitement distincts même des autres, ou bien ils sont réunis en un certain nombre de groupes, mais dont les parties constituantes communiquent entre elles.

4° Kystes acéphalocystes.

5° Kystes qui contiennent des poils et une matière athéromateuse.

6° Kystes ovariques qui contiennent un fœtus ou ses débris.

7° Kystes supportés par une base cancéreuse.

M. Cruveilhier rapporte, à la page 2 (article Kystes) de sa 5e livraison, un beau cas de kyste de la troisième famille. Il fut pris par M. Martin-Solon, auteur de l'observation, pour une hydropisie ascite, et ponctionné, à trois reprises différentes, sans qu'on pût en faire sortir autre chose qu'une cuillerée de liquide gélatineux, jaunâtre, à la troisième ponction; ce qui prouve avec quelle facilité on peut confondre un kyste très-volumineux de l'ovaire avec l'hydropisie ascite.

VIIe OBSERVATION. — KYSTE MULTILOCULAIRE ET GÉLATINIFORME DE L'OVAIRE, SIMULANT UNE ASCITE.

Nous devons relater cette observation, du reste très-succincte.

Motin (Victoire), 69 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 février 1829, dans l'état suivant : Abdomen très-volumineux, tout à fait indolent, uniformément développé, en forme d'outre. Fluctuation obscure : on dirait que le flot de liquide n'arrive aux doigts explorateurs qu'à travers une grande épaisseur des parties; membres abdominaux très-infiltrés; état général peu satisfaisant; pouls petit; émaciation extrême; face décolorée; affaiblissement tel, que la malade ne peut donner aucun renseignement sur son état, et qu'on est obligé d'aller aux informations auprès des parents : elle avait eu six enfants, et avait traversé l'époque critique sans accident vers la cinquantième année. Sa bonne santé s'était maintenue jusqu'à soixante-quatre ans; à cette époque, elle devint sujette à des vomissements opiniâtres; bientôt l'embonpoint considérable qui la caractérisait fit place à la maigreur; à soixante-sept ans, l'abdomen commença à augmenter de volume, et acquit par degrés les dimensions énormes qu'il présente actuellement. La malade n'avait jamais accusé la moindre douleur; mais les digestions étaient pénibles et souvent accompagnées de vomissements. Depuis un mois, ces vomisssements sont continuels, en sorte que les plus petites quantités d'aliments et de boissons sont rejetées.

La tisane de pariétaire nitrée, les potages que l'on prescrivit d'abord, puis le lait, furent vomis. La matière de l'un de ces vomissements était couleur chocolat, ce qui fit craindre une affection cancéreuse de l'estomac.

Le 10, les vomissements résistant à tous les moyens, le pouls devenant de plus en plus faible, la suffocation paraissant imminente, on se décide à pratiquer la ponction ; on se proposait de n'évacuer que la moitié du liquide pour prévenir la syncope qui accompagne souvent une déplétion subite. La fluctuation paraissait moins obscure aux régions ombilicale et iliaque que partout ailleurs. Ce fut sur la région iliaque droite que la ponction fut pratiquée. Une première n'ayant rien produit, on eut recours à une seconde, puis à une troisième, qui amena une cuillerée de liquide gélatineux, jaunâtre, et démontra l'inutilité de nouvelles tentatives. La malade n'éprouva aucun accident de cette triple piqûre. Elle s'éteignit le lendemain sans agonie.

De nouvelles ponctions furent pratiquées sur le cadavre sans aucun résultat. On rencontra une tumeur ovarique remplissant tout l'abdomen. D'une part elle refoulait en haut contre le diaphragme, le foie, l'estomac et le côlon transverse ; comprimait les intestins grêles, qui avaient été repoussés, derrière elle, sur les côtés de la colonne vertébrale ; et plongeait, d'une autre part, dans le petit bassin, en se moulant sur l'angle sacro-vertébral.

A la planche III, fig. 1 et 2, on voit la pièce anatomique parfaitement représentée. Le kyste était divisé, par des cloisons plus ou moins complètes, en un nombre prodigieux de compartiments ou loges, subdivisés encore par des cloisons incomplètes ou brides secondaires. Ces loges, d'inégale capacité, communiquaient entre elles au moyen d'ouvertures circulaires, petites, faites comme par un emporte-pièce. La matière qui s'écoula de ces poches, ouvertes par de larges incisions, était semblable à de la gelée, transparente, offrant çà et là une teinte jaunâtre, verdâtre, et, dans quelques points, une couleur blanche semblable à du blanc d'œuf moitié cuit (1).

(1) Il serait impossible de distinguer le kyste uniloculaire gélatineux du kyste uniloculaire séreux. La fluctuation est à peu près la même dans les deux cas. Mais il est souvent possible de distinguer le kyste multiloculaire de l'uniloculaire. Dans le premier, la fluctuation est très-obscure, ou nulle : la tumeur a des bosselures souvent reconnaissables à travers les parois de l'abdomen, du

Les kystes acéphalocystes des ovaires sont, après les kystes séreux, peut-être les plus fréquents : rarement ils ne sont constitués que par un seul ver vésiculaire; presque toujours ils en présentent un grand nombre dans l'intérieur de la poche mère, comme, du reste, dans tous les kystes semblables situés n'importe sur quelle partie du corps. Il est rare qu'un ovaire affecté de kystes acéphalocystes, l'ovaire du côté opposé ne présente au moins quelques rudiments d'une pareille affection, si on l'examine avec une attention scrupuleuse. C'est une conséquence de cette disposition qu'ont les organes binaires à être frappés simultanément de la même maladie.

Leur volume est extrêmement variable, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à des dimensions aussi grandes que celles de la tête d'un adulte et plus. Dans le premier cas, les hydatides peuvent exister en grand nombre, en grappes. Souvent l'ovaire n'a pas acquis plus d'ampleur dans ce cas; et s'il ne présentait un empâtement anormal, on ne se douterait pas qu'il renferme des produits morbides.

C'est avec le temps que le volume des hydatides peut arriver à un point fort considérable. La science est riche d'observations de kystes acéphalocystes des ovaires. C'est surtout à nos voisins d'outre-Manche et aux Américains qu'on doit les plus belles comme les plus récentes d'entre elles. Cela tient sans doute à ce que, les grandes mutilations ayant pris rang dans l'art chirurgical chez eux, à cause de quelques réussites d'extirpation de kystes ovariques, ils s'occupent peut-être d'une manière plus spéciale de ces affections, et que, par suite, leurs investigations découvrent fréquemment des cas qui passent inaperçus chez nous qui résumons la science à l'expectation quand nos ressources ordinaires deviennent impuissantes.

Le kyste ovarique acéphalocyste se distingue très-difficilement des autres espèces à contenu liquide ou demi-liquide, à moins que, par la percussion, des manipulations à travers les parois abdominales, le vagin, le rectum, on ne parvienne à percevoir le frottement hydatique ou sensation de frottement amidonné.

vagin, du rectum. La fluctuation est très-évidente dans le kyste uniloculaire. En pratique, cette distinction est capitale; car il y a impossibilité de vider un kyste multiloculaire, tandis qu'on y arrive aisément dans l'uniloculaire.

Kystes pileux des ovaires.

M. Cruveilhier a émis sur ces kystes des considérations trop remarquables pour que nous ne lui empruntions pas les principales (1).

Ordinairement uniques, les kystes pileux des ovaires sont quelquefois doubles et juxtaposés, l'un plus grand, l'autre plus petit. Quelquefois le même ovaire présente un kyste pileux et un kyste ou deux remplis de matière grasse, mais non pileux. Leur volume varie depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui de la tête d'un adulte.

On rencontre constamment dans les kystes pileux des ovaires, en même temps que des poils, une matière grasse semblable pour la consistance et l'aspect à de l'axonge, au milieu de laquelle les poils sont enchevêtrés. Cette matière grasse, ordinairement inodore, peut subir une sorte de décomposition putride et devenir brunâtre et fétide.

Les poils sont adhérents ou libres, disséminés dans la matière grasse à la manière de la bourre dans du mortier. Ordinairement roux ou blonds, ces poils peuvent néanmoins affecter diverses nuances de coloration sur les divers points de leur longueur : ils ont beaucoup plus de rapport avec les cheveux qu'avec les poils proprement dits.

Les parois des kystes pileux sont très-denses, épaisses, et peuvent généralement être divisées en plusieurs lames superposées. Leur structure est fibreuse ; leur surface interne, quelquefois lisse, est plus souvent inégale, rugueuse, parsemée de plaques cartilagineuses et crétacées.

Les kystes sont quelquefois altérés dans leur organisation, et alors tantôt ils sont usés par un travail d'élimination, tantôt ils sont le siége d'une altération stéatomateuse analogue à celle que subissent les parois artérielles et les poches des anévrismes. Le plus grand nombre d'entre eux ne renferment que des poils; d'autres contiennent, en même temps, des dents et des dents de la première dentition. Ils peuvent contenir aussi, et en même temps, toutes les productions cornées ou calcaires de l'espèce

(1) Cruveilhier, *Anat. path.*, 18e liv., p. 3 et suiv. — Voyez aussi Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 519 et suiv.

humaine. M. Cruveilhier a fait représenter un kyste pileux ovarique, avec une masse osseuse dont toutes les parties étaient soudées entre elles (1).

La peau des kystes pileux est remarquable par le développement de trous ou pores, desquels on voit naître les poils. La présence de peau dans plusieurs kystes cutanés étant bien démontrée, on peut expliquer l'origine des poils dans ces kystes, lors même qu'on ne trouverait plus de traces de ce tissu; car on est en droit d'inférer, dans ce cas, que ce tissu a existé, mais qu'il a été transformé en tissu fibreux par suite du développement de la tumeur.

Les kystes pileux ovariques peuvent rester stationnaires pendant 30 et 40 ans sans laisser deviner leur présence. Dans quelques cas exceptionnels, leur volume considérable a fixé l'attention du médecin et de la malade, tandis que c'est toujours le hasard qui les a fait découvrir chez des femmes qui, pendant leur vie, n'avaient accusé ni gêne ni douleur du côté de ces organes.

Quand ces kystes sont volumineux, ils exercent, comme les autres, une pression sur les organes environnants, susceptible d'entraver leurs fonctions d'une manière mécanique. Leurs parois peuvent être le siége d'un travail inflammatoire : il peut s'établir des adhérences entre les parois et les organes voisins. Que l'adhérence ait lieu avec le vagin, le rectum, l'utérus, la vessie, le kyste se fera jour, suivant toute probabilité, par ces cavités. Il peut aussi se faire jour à l'extérieur, si la tumeur est dirigée du côté des parois abdominales.

C'est seulement dans ces circonstances que l'art est autorisé à intervenir pour vider ou faciliter l'évacuation de la poche et en favoriser l'oblitération.

VIIIe OBSERVATION. — KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE DROIT.

Dans l'une des séances de la Société de biologie, MM. Schnepff et Davaine rendaient compte d'un kyste pileux de l'ovaire droit, rencontré sur une femme âgée de 38 ans, morte à la Pitié, dans le service de M. Nonat.

(1) *Anat. path.*, 18e liv., pl. V.

Cette femme avait eu neuf enfants à terme; elle succomba dans le deuxième ou troisième mois d'une dernière grossesse, en proie à des vomissements incoercibles. Voici, dans la description des altérations trouvées sur le cadavre, ce qui a trait au kyste : « L'utérus, dit M. Schnepff, est distendu par un œuf d'environ trois mois et demi et contient un fœtus bien conformé, avec présentation du bassin au col de l'utérus. Les annexes sont saines, si ce n'est que l'ovaire droit est remplacé par une tumeur du volume d'un fort poing, située en dehors du bassin, immédiatement au-dessous du cœcum, dont elle semble être un prolongement. Cette tumeur renferme un corps solide, nageant dans une sérosité purulente, d'un jaune pâle, contenant des grumeaux de graisse.

« Le corps solide est une masse adipocireuse, du volume d'une demi-orange ordinaire, en forme de ménisque convexe, ayant l'aspect de la cire blanche, mollasse, qui fond entre les doigts; le microscope n'y découvre que des fragments de cellules épithéliales et des cellules arrondies un peu plus grosses que les globules du sang.

« (M. Davaine a également de son côté examiné cette masse adipeuse, et je crois qu'il n'y a rien découvert de particulier.) La face convexe de ce corps solide est lisse, luisante, tandis que la face plane est recouverte de poils mêlés et agglutinés en forme de mèches.

« Je recherche avec le plus grand soin la nature, la structure, l'origine et le siége anatomique de ces poils.

« La plupart sont d'un jaune pâle, quelques-uns roux; il y en a même de bruns, en tout semblables aux cheveux lisses et fins; leur longueur est variable depuis 3 et 4 centimètres jusqu'à 20 et 25; il n'y en a pas de très-courts dans la masse adipocireuse. Ils me paraissent être plus élastiques que les poils ordinaires: leur structure est semblable à celle des autres cheveux. Leurs deux extrémités sont libres, l'une est effilée; leur tige présente une gaîne ou portion corticale, et un canal médullaire ou central, transparent dans ceux qui sont d'un jaune pâle. Nous avons trouvé, M. Davaine et moi, un poil brun dont le canal central contenait un amas de cellules brunâtres analogues à celles qu'on trouve dans le canal médullaire des cheveux bruns; seulement

elles étaient interrompues, de distance en distance, par d'autres cellules à peu près incolores.

« La masse adipeuse fond dans l'eau chauffée à 60 degrés, et, par le refroidissement, elle se fige en un gâteau dont la couche inférieure, la plus épaisse, n'est que de la graisse, tandis que la supérieure, formant le tiers de l'épaisseur totale, est formée par une espèce de mousse blanche qui contient des fragments épidermiques; une parcelle d'os se trouve dans ce gâteau.

« Les parois du kyste ont à peu près l'épaisseur de la peau, excepté dans un point qui correspond à l'ovaire, aplati, réduit à la forme d'un ruban large d'un travers de doigt. Son extrémité interne se continue avec le ligament qui fixe la tumeur au sommet de l'utérus, tandis que son extrémité externe correspond à un petit mamelon de la face interne du kyste, qui semble être une espèce de hile.

« A côté, et un peu en dedans de ce point, est un espace de la grandeur d'une pièce de deux francs, irrégulièrement arrondi, sur lequel sont implantés une cinquantaine de poils, dont quelques-uns ont à peine 1 centimètre de longueur; mais il y en a aussi qui sont longs de 20 centimètres. Cet espace est seul revêtu par une lamelle d'épithélium à larges cellules plates qui se présentent avec un peu de netteté sous le microscope; on la détache facilement à l'aide du dos du scalpel; les poils restent implantés dans la paroi du kyste; leur racine répond à une saillie folliculaire, et, en les arrachant, nous trouvons, M. Davaine et moi, l'extrémité radiculaire coiffée de son follicule, et partant du renflement bulbaire comme dans un cheveu ordinaire. MM. Rayer et Cl. Bernard le constatent avec nous. »

Les poils, les dents, les fragments d'os qu'on rencontre fréquemment dans les kystes des ovaires, ont été regardés comme des indices d'une gestation extra-utérine. Cette interprétation ne saurait être admise dans tous les cas, puisque les mêmes produits ont été rencontrés dans des ovaires appartenant à des personnes qui étaient loin encore de l'âge de puberté.

Le docteur Steinlin, de Zurich, a fait, sur la structure intime de ces kystes, des recherches qui méritent de prendre place ici(1).

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 7 juin 1851. (*Zeitschrift für rationnelle Medix in-*

Le kyste se compose, comme à l'ordinaire, de plusieurs couches : une externe, formée de fibres de tissu connectif lâche et disposées irrégulièrement ; une autre sous-jacente dont les fibres sont plus serrées ; puis vient une couche de tissu élastique, et enfin une tunique épithéliale. Cet épithélium recouvre toute la surface interne du sac ; mais il n'a pas partout le même aspect, car il offre une multitude de petites plaques isolées d'une couleur mate qui tranche avec le brillant du reste de la surface. Sur les points brillants, les cellules épithéliales sont rondes et disposées régulièrement, tandis que les cellules des plaques ternes forment des lamelles entassées les unes sur les autres comme les squamules de l'épithélium. Si l'on râcle ces petites lamelles, on trouve au-dessous d'elles des cellules rondes et régulières comme celles qui couvrent le reste de la surface du kyste. Ainsi l'épithélium des îlots ternes a le même caractère que celui des muqueuses et de la peau extérieure.

Le plus souvent, au milieu de ces îles, on remarque une petite saillie en forme de verrue. Si l'on enlève l'épithélium de cette saillie, la surface sous-jacente ressemble au derme dont on a détaché l'épiderme à l'aide d'un vésicatoire, c'est-à-dire qu'on distingue des papilles très-développées et disposées régulièrement.

L'examen microscopique montre aussi que la structure de cette couche est semblable à celle du derme.

Toutes les parties du sac recouvertes d'un épithélium terne ont la même structure. Ce sont ces endroits qui se couvrent de poils disposés dans un follicule pileux, comme sur la peau extérieure ; on voit de belles glandes sébacées s'ouvrir dans le follicule, et enfin des glandes sudoripares en quantité variable.

Cette analogie de structure entre les kystes et la peau extérieure fait comprendre la production de la graisse des kystes, qu'on peut regarder comme provenant d'une hypersécrétion des glandes sébacées, et non comme le résultat de la métamorphose d'un tissu déjà existant.

Pour démontrer cette proposition, l'auteur remonte à l'origine des kystes. Les premières traces de ces formations pathologiques se montrent sous la forme d'un petit corps charnu de la grosseur d'un grain de chanvre, occupant la place d'un follicule de Graaf. Plus tard, cette petite masse s'isole du follicule qui la con-

tenait, et n'y tient plus que par un court pédicule donnant passage aux vaisseaux sanguins qui se répandent sur le kyste. Celui-ci se trouve bientôt rempli de graisse, et déjà, à cette époque, les glandes sébacées sont développées. De nombreuses écailles épidermiques sont mêlées à cette graisse, qui rappelle la composition du vernis caséeux des nouveau-nés. Plus tard encore, la sécrétion graisseuse augmente, et les kystes ovariens ressemblent aux kystes graisseux cutanés. Le produit des glandes de la sueur se mêle à la graisse et lui donne des aspects variés.

Dans les tout jeunes kystes, on ne trouve pas encore de poils; les premières traces de ces productions se manifestent dans les saillies en forme de verrues. Ce sont de véritables poils qui ont la même structure et suivent le même mode de développement que ceux de la peau extérieure. Ils peuvent atteindre une longueur considérable qui va jusqu'à 4 pouces et au delà, puis ils tombent; mais avant leur chute, on voit déjà le germe d'un nouveau poil. Ces sortes de mues paraissent être fréquentes, et elles expliquent la grande quantité de poils qu'on rencontre quelquefois dans les kystes.

La présence des dents au milieu de ces sacs ovariens ne doit pas plus nous surprendre que celle des poils. Ces dents, qui sont le plus souvent à plusieurs couronnes avec des racines plus ou moins développées, ont la même structure que les dents normales. On sait que les dents se forment par un refoulement de la peau extérieure; la circonstance qu'elles sont enveloppées par les mâchoires n'a aucune influence sur leur nature et leur développement.

Il n'est pas aussi facile de se rendre compte de la présence des os dans les kystes. On les trouve sous la forme de lamelles ou de petits fragments dans les plis du kyste; si l'on veut à toute force les comparer aux os du corps, on ne peut leur trouver d'analogie qu'avec les dépôts osseux qui se forment quelquefois dans la peau.

Les kystes des ovaires présentent parfois un contenu purulent ou séro-purulent: mais il est à parier, que quelle que fût du reste auparavant la nature de ce contenu, c'est par un travail inflammatoire qui a frappé la poche, qu'il a tourné à la suppuration. Voici un exemple fort remarquable qui prouve à la fois et cette

proposition, et la possibilité de la cure spontanée des kystes ovariens par l'ouverture de la poche à travers les parois abdominales.

IXe OBSERVATION. — KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE ; PÉRITONITES PURULENTES SUCCESSIVES ; PERFORATIONS ABDOMINALES ; GUÉRISON. (Observation communiquée par A. BEAUPOIL, D. M. P., membre des Sociétés médicales de Poitiers, Tours, etc.)

Madame L. P., 31 ans, taille moyenne, blonde assez piquante, bien réglée, a joui d'une bonne santé jusqu'à son mariage. Une première couche terminée par le forceps, avec déchirures du col de l'utérus et du périnée ; deux fausses couches successives ; enfin un dernier accouchement également terminé par le forceps, et suivi de métro-péritonite puerpérale, ont graduellement altéré sa santé.

Les deux petites filles résultant de ces accouchements laborieux sont bien portantes et offrent aujourd'hui le teint frais, l'embonpoint et la physionomie intéressante des enfants légèrement lymphatiques.

Le 19 avril 1847, je suis appelé, pour la première fois, auprès de madame L., chez laquelle je constate l'état suivant :

Teint blême, constitution affaiblie, appétit mauvais, rapports acides et maux d'estomac revenant de plus en plus souvent avec des spasmes hystériformes auxquels la malade est depuis longtemps sujette. Respiration naturelle hors le temps des spasmes; point de fièvre ; selles à peu près normales; envies fréquentes d'uriner, parfois impossibles à satisfaire ; urine brûlante.

Le ventre, habituellement gros, est très-développé et douloureux ; la pression de l'hypogastre arrache des cris ; la palpation et la percussion font découvrir dans cette région une tumeur volumineuse, dure, rénitente, bosselée, s'allongeant vers la partie supérieure et interne par un prolongement en forme de corne, long de 4 centimètres environ.

La muqueuse vaginale est boursouflée dans toute son étendue, surtout en bas ; le col de l'utérus paraît sain et peut être aisément circonscrit par le doigt, introduit dans le vagin ; enfin, la portion du corps de l'organe que l'on peut toucher semble légèrement

développée. En soulevant l'utérus, on ne déplace pas sensiblement la tumeur; mais une douleur assez vive se fait sentir dans toute la portion gauche du bassin, ce qui nous engage à ne pas prolonger l'investigation.

Madame L. a sevré son dernier enfant après quinze mois d'allaitement, et depuis lors les règles sont revenues quatre ou cinq fois, régulières, peu abondantes, pâles. L'époque de leur retour doit être prochain; je crois important d'en faciliter le flux, et j'ordonne à cet effet : bains de siége, injections émollientes, quatre sangsues aux grandes lèvres. Suspendre tout traitement antérieur (la malade prend, depuis le mois de mars, des pilules d'iodure de potassium et extrait de ciguë, sur l'avis de M. le docteur Tonnelé, de Tours).

Les règles viennent la nuit suivante, coulent pendant trois jours, et la malade se trouve un peu soulagée. (Émollients, repos, bains...)

Le 23, madame L. éprouve un accès spasmodique très-violent.

Le 2 mai, elle mange un peu plus au soir qu'à sa coutume, et pendant la nuit elle est subitement prise d'une douleur intolérable dans le ventre, avec éructations gazeuses bruyantes, nausées et vomissements. A mon arrivée, je la trouve la figure décomposée, la respiration suffocante, le pouls à 135 pulsations par minute, petit et concentré!... Le ventre est énormément ballonné à droite, tympanique à la percussion, et d'une sensibilité extrême; le côté gauche est toujours occupé par la tumeur, qui a chassé le paquet intestinal à droite. Il n'y a point eu de frissons. (Faire trois frictions par jour avec Q. S. de la pommade suivante : extrait de belladone 8.00, pommade mercurielle simple 30.00; couvrir le ventre d'un cataplasme chaud, très-léger; eau de Seltz; orge miellée...)

La journée du 3 mai s'écoule plus favorablement que la nuit précédente, mais la soirée ramène un accès hystériforme. (Mélange de sirop diacode 15.00 et d'éther 30.00, à prendre par cuillerées.)

4 mai. La malade a dormi assez paisiblement; elle souffre bien moins du ventre, qui est toujours aussi volumineux et présente un commencement de fluctuation à sa partie déclive droite. Les

vomissements n'ont pas reparu depuis le 3 au matin; les urines coulent assez facilement; plusieurs selles liquides.....

L'acuité des symptômes s'émousse les jours suivants, à part la douleur qui persiste aiguë dans toute la fosse iliaque droite, tandis que la fluctuation y augmente, et la péritonite passe à l'état chronique.

Les règles viennent le *cinq* mai, vers le soir, coulent pendant deux jours avec abondance et finissent par quelques caillots sanguins rendus de temps en temps. (Pendant ces derniers jours on a fait des frictions avec huile camphrée 90.00, et laudanum de Sydenham 4.00; on a administré quelques centigrammes de calomel tous les matins; on a donné deux quarts de lavement à la tête de pavot, tous les jours; on a fait quelques injections émollientes; enfin on a permis un peu de bouillon...)

10 mai. Ces différents moyens n'ayant point calmé la douleur, et l'épanchement abdominal ne se résorbant pas, je fais appliquer un large vésicatoire volant sur le côté droit du ventre.

12 mai. La nuit a été bonne, la malade ne souffre plus. Faiblesse, un peu d'appétit. (Rendre les bouillons féculents.)

15 mai. L'épanchement péritonéal diminue, le ventre est plus souple et à peine douloureux; la langue est rosée, humide; l'appétit augmente. (Continuer les révulsifs intestinaux, les lavements à la tête de pavot, les frictions,... et manger davantage.)

18 mai. Oppression, nausées, vomissements de matières filantes, âcres et brûlantes à la gorge. (Magnésie 1.00; suspendre tout autre traitement.)

20 mai. La magnésie a fait merveille : la malade est très-bien.

26 mai. La colique est revenue avec nausées et vomissements; agitation, fièvre; pouls à 130. Un point acuminé, très-sensible à la pression, s'est élevé à droite et un peu au-dessous du nombril. (Frictions avec le liniment, lavements à la tête de pavot.)

Un accès hystériforme, qui vient, dans la soirée, s'ajouter à ces souffrances, est calmé par quelques cuillerées du mélange de sirop diacode et d'éther.

28 mai. La douleur a rapidement diminué d'acuité, et cette nouvelle péritonite a passé à l'état chronique comme la première. Fluctuation profonde, obtuse. (Frictions avec la pommade mer-

curielle et extrait de belladone, révulsifs intestinaux, bouillons...)

1er juin. La malade se dit assez bien. Maigreur extrême, chaleur mordicante à la peau, pouls vif et plein, *appétit dévorant*, peu de soif, langue rouge-pourpre, *digestions faciles*, évacuations alvines normales; coliques, surtout le soir.

Le point saillant situé au-dessous et à droite du nombril a augmenté de volume, il égale à peu près une moitié d'œuf et semble une portion de sphère plus petite enchâssée dans une plus grande, à la manière de la cornée par rapport à la sclérotique. La peau qui l'entoure est flasque et ridée, d'un teint mat, terreux. La fluctuation profonde et obtuse, perçue dans tout le ventre, retentit jusque dans la tumeur, qui paraît due à une éraillure des couches internes de la paroi abdominale, à travers laquelle les parties plus profondes viennent faire hernie.

Depuis quelques jours, la malade porte un bandage de corps et un sachet de son sur la tumeur; elle dit en être soulagée. (Trois cuillerées, chaque jour, de vin de quinquina ou Malaga; mélange de sirop diacode et d'éther tous les soirs; laitage et régime analeptique.)

3 juin. La tumeur voisine de l'ombilic a encore augmenté de volume depuis ces derniers jours, elle est sonore à la percussion et se réduit un peu par la taxis avec beaucoup de douleur. Le reste du ventre est sensible par places, toujours volumineux. Fluctuation manifeste dans le côté gauche, où la douleur est fixe, plus aiguë.

L'amaigrissement continue, les traits se tirent et la face est violacée par plaques; cependant l'appétit se soutient et le bon état de l'appareil digestif persiste.

La nuit a été très-mauvaise, troublée par le cauchemar et des rêvasseries sans fin. Abattement, anxiété, désespoir... Je tâche de parer à cette crise morale par des soins assidus, j'administre quelques cuillerées d'une potion calmante, j'applique moi-même un large vésicatoire sur le côté gauche du ventre, et je laisse la malade un peu plus calme.

4 juin. Madame L. a dormi d'un bon sommeil; la douleur du côté gauche a disparu, et la malade peut impunément se tourner

dans son lit. Deux heures de sommeil, dans la soirée, lui procurent un calme bienfaisant.

5 juin. La nuit a été moins bonne que ne le faisait présager la soirée ; le sommeil a été agité de rêves désordonnés, les douleurs sont revenues violentes et durent encore. Figure marbrée de lignes violettes, faiblesse extrême, moins d'appétit, un peu de diarrhée. (Nourrir la malade, vin de quinquina et eau de Seltz)

6 juin. La tumeur ombilicale est grosse comme le poing d'un adulte, elle se termine en pointe acuminée et paraît constituée par des téguments amincis, comme disséqués et distendus par des gaz qui menacent de la crever ; aussi est-elle fort sonore à la percussion. Fluctuation sensible dans tout le côté gauche du ventre.

A 1 heure, la malade se lève pour voir passer la procession de la Fête-Dieu, se met à genoux, pousse un grand cri et tombe évanouie. A mon arrivée, la tumeur est ouverte et donne issue à une quantité énorme d'un pus verdâtre, floconneux, mal lié et d'une extrême fétidité. La peau du ventre est flasque, ridée, verdâtre, comme macérée et disséquée en plusieurs couches. (Bandage de corps, charpie et compresses imbibées d'une décoction concentrée de quinquina.)

7 juin. Le pus continue de couler séreux et puant, mêlé à des détritus de fausses membranes ; l'ouverture par laquelle il s'échappe est entourée d'un bourrelet dur, très-rouge. La tumeur est totalement effacée, et la peau du ventre paraît raffermie.

La malade a dormi tranquillement ; elle se trouve bien et est persuadée que le fait de la perforation abdominale est pour elle d'un pronostic favorable.

Face violacée, cadavéreuse ; faiblesse extrême, pouls filiforme, *appétit*, digestions et excrétions alvines normales. (Soins de propreté extrêmes, pansement souvent renouvelé avec la décoction de quinquina ; éviter la pénétration de l'air dans la cavité purulente ; vin de quinquina et eau de Seltz ; satisfaire l'appétit.)

Au pansement de midi, la malade a cru retirer de l'ouverture un ver long de 15 centimètres à peu près et gros comme une plume à écrire ; on n'a pas pu me le montrer. Je présume que le prétendu ver n'est qu'un détritus de fausse membrane, parce

qu'il n'existe aucun signe rationnel d'une perforation intestinale communiquant avec le foyer suppurant. Toutefois je dois noter que la malade a rendu plusieurs lombrics dans les selles des jours passés.

8 juin. Le pus coule toujours en abondance ; il produit une sensation de brûlure en traversant l'ouverture, qui est plus enflammée qu'hier. Marasme effrayant, *faim dévorante*, peu de soif ; langue plate, unie, luisante, rouge-pourpre dans toute son étendue ; assez bon sommeil, un peu de toux... (Accorder des aliments avec prudence ; renouveler souvent les pansements.)

9 juin. Les pièces du pansement sont moins imbibées de suppuration ; l'ouverture diminue de largeur et paraît moins enflammée. (Mèche de charpie entre les lèvres de la plaie pour l'empêcher de se fermer, éviter avec soin l'introduction de l'air, continuer pour le reste *ut suprà*.)

11 juin. La malade se plaint depuis hier d'une colique sourde et d'une sensation de brûlure dans tout le ventre ; la suppuration est devenue plus abondante.

12 juin. Encore quelques coliques, moins de suppuration. L'épiderme du ventre se lève par larges écailles, et la peau a fort bon aspect au-dessous.

15 juin. L'appétit diminue.

18 juin. *Diarrhée* avec cuissons et ténesme à l'anus ; fièvre, langue blanche, *inappétence*. (Cesser l'usage du lait cru ; eau de riz, lavements émollients.)

Les jours suivants la diarrhée va en diminuant à mesure que l'appétit augmente ; l'état général devient meilleur, et la malade engraisse.

24 juin. État général excellent ; la diarrhée a disparu, et la malade mange de bon appétit. Le ventre est souple dans toute son étendue, indolore ; la plaie, très-petite, est rose-vermeille ; elle donne toujours issue à une petite quantité de pus. On ne sent plus la tumeur de l'hypocondre gauche. (Empêcher la plaie de se fermer, car il existe toujours un léger travail de suppuration.)

5 juillet. Depuis quelques jours l'appétit est moindre, les selles sont plus fréquentes, la suppuration a augmenté ; et comme, malgré ma recommandation expresse, la malade a laissé l'ouverture se fermer, il s'en est produit deux autres à côté pour donner

issue à une assez grande quantité de pus séreux et infect. État général toujours assez satisfaisant. (Cataplasmes légers sur le ventre, décoction de quinquina, lavements simples.)

7 juillet. La suppuration est devenue sanguinolente, et les douleurs ont augmenté dans le bas-ventre.

29 juillet. Les accidents se sont graduellement dissipés, et la malade est très-bien ; mais elle a encore laissé imprudemment fermer les plaies, et il existe une élévation rouge, acuminée, qui va percer à son sommet, et fournir passage à une nouvelle évacuation purulente.

15 août. La suppuration, peu abondante cette fois, n'a duré que quelques jours, et la plaie s'est encore fermée.

L'état général est excellent ; la malade a pris beaucoup d'embonpoint ; elle vaque à ses occupations sans fatigue ni douleur. On ne peut plus trouver de trace de la tumeur ovarique, cause première de tous les accidents.

12 septembre. Au milieu de sa santé florissante, madame L... est tout à coup prise de douleurs dans le ventre, de lourdeur dans les aines, de chaleur dans le bassin... Elle s'inquiète et se croit en proie à toutes les souffrances qu'elle a éprouvées déjà... Les règles apparaissent, et tous les accidents se dissipent comme par enchantement.

Depuis lors la menstruation, sur laquelle on ne comptait guère, est revenue régulière, faible et pâle d'abord, actuellement abondante, bien colorée, tout à fait normale ; et madame L..., que je vois souvent, ne souffre jamais du ventre et se porte parfaitement bien (1).

§ IV. — Kystes des reins.

Les kystes des reins, dit M. Rayer (2), sont de petites vésicules ou des poches accidentelles qui contiennent une matière morbide, ordinairement liquide, des acéphalocystes, ou de l'urine plus ou moins altérée.

Ils se divisent donc naturellement en kystes simples, kystes acéphalocystes et kystes urinaires.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 8 mars 1851.
(2) Rayer, *Traité des maladies des reins*, pl. XXVI.

1° Kystes simples.

Ceux-ci, beaucoup plus communs que les autres, contiennent ordinairement un liquide diaphane, légèrement jaunâtre, albumineux, avec quelques sels en solution, tels que ceux que l'on rencontre d'habitude dans le sang ou les autres liquides animaux. Parfois leur contenu est jaunâtre ou brunâtre, gélatiniforme, tremblotant, avec les principales propriétés physiques du mucus. Parfois encore c'est une matière plus dense, solide, semblable au cristallin, quoique moins transparente. Le contenu peut encore être un liquide lactescent, une sanie puriforme, ou du pus bien lié et jaunâtre.

Il arrive, quoique rarement, qu'on trouve la cavité de ces kystes vide, à parois rétractées et déformées, avec induration du tissu rénal contigu, ce qui semble indiquer la résorption de tout ou partie de la matière contenue.

Ces kystes prennent naissance dans la substance corticale, dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux rénaux et dans la substance tubuleuse. Ceux de la substance corticale sont les plus fréquents, mais acquièrent rarement un volume un peu grand. Ils peuvent être comme ensevelis au milieu de cette substance, sans que rien à l'extérieur indique leur présence.

La plupart du temps leurs parois sont minces, parfaitement transparentes, incolores; dans quelques cas rares elles deviennent complétement opaques, par diverses circonstances, et sont parcourues en différents sens par des ramifications vasculaires.

Leur surface interne, légèrement bleuâtre, parfaitement lisse, ressemble à celle d'une membrane séreuse.

Leur développement est rapide et en nombre considérable, consécutivement à certaines maladies des reins, la néphrite simple et albumineuse, chroniques. D'autres fois, ils surgissent sans maladie préexistante, envahissent les deux reins dans leur substance corticale au point d'effacer les substances rénales; c'est une véritable dégénérescence enkystée générale par suite de laquelle il y a perversion ou abolition presque complète des fonctions urinaires, et même des fonctions d'autres organes, surtout de l'appareil cérébro-spinal. Les hydropisies, anasarque, ascite, etc., sont les conséquences forcées de cet état. (M. Rayer a repré-

senté un exemple très-remarquable de cette variété dans sa planche XXVI, fig. 1 et 2.)

Les kystes qui naissent dans le tissu cellulaire des vaisseaux rénaux sont beaucoup plus rares que les précédents. Ils peuvent acquérir un grand développement. Ils contiennent toujours de la sérosité plus ou moins limpide. Leur surface interne est lisse et bleuâtre comme celle des kystes corticaux, avec lesquels ils ont une grande ressemblance. Souvent, ils présentent dans leur contour des prolongements plus ou moins irréguliers, et offrent intérieurement des rétrécissements et des dilatations. Presque toujours on voit ramper sur leurs parois de grosses veines bleuâtres qui forment des anses et des arcades anastomotiques.

S'ils prennent un développement considérable, ils peuvent soulever la paroi correspondante du bassinet, et faire une saillie aplatie et fluctuante dans sa cavité, sans intéresser en aucune façon l'intégrité de ses parois.

Quelquefois aussi un de ces kystes se montre dans la scissure du rein, sous la forme d'une vessie allongée, irrégulièrement conique. Tel est l'exemple figuré par M. Rayer, dans sa planche XXVII, fig. 2.

On en voit parfois qui, après avoir atrophié la substance rénale à la manière des kystes urinaires, isolent plus ou moins complétement, l'une de l'autre, les deux extrémités du rein, et forment, dans leur intervalle, une poche fluctuante en partie recouverte d'une couche mince de substance corticale, le plus souvent anémique. (M. Rayer en a représenté aussi un exemple remarquable dans la figure 3 de sa planche XXVII.)

Solitaires ou multiples, ils sont parfois, dans le dernier cas, disséminés à la surface du rein, tandis que dans d'autres circonstances ils présentent une certaine régularité dans leur disposition. (Planche XXVII, fig. 1 et 2 de l'ouvrage de M. Rayer, on voit parfaitement représentées ces dispositions.)

Enfin les kystes de la substance tubuleuse, toujours très-petits, sont des espèces de vésicules qui ne dépassent presque jamais le volume d'un grain de chènevis et qui contiennent ordinairement une matière séreuse ou gélatiniforme.

2° Kystes acéphalocystes des reins.

Les kystes acéphalocystes des reins sont constitués par des poches développées dans l'épaisseur de ces organes : une matière jaunâtre les tapisse d'habitude à l'intérieur ; ces poches renferment une ou plusieurs vessies libres, non adhérentes, à parois blanches, semi-transparentes, élastiques, tremblotantes sous le doigt, et remplies d'un liquide clair et ténu. Ce sont des affections très-rares chez l'homme, qui n'a ordinairement qu'un seul rein malade, quand il en est atteint. Quand ces kystes sont arrivés à un grand développement, ils donnent lieu à un gonflement général ou partiel du rein, qui, pendant la vie, peut être reconnu par le palper et la percussion. Les deux modes d'exploration peuvent faire percevoir la crépitation amidonnée ou froissement hydatique dans le corps de la tumeur. C'est une partie ou la totalité de l'organe que le kyste peut envahir ; dans ce dernier cas on en a vu qui se prolongeaient jusqu'au poumon correspondant en refoulant le diaphragme. La surface du rein, distendu par un de ces kystes volumineux, offre quelquefois une teinte jaunâtre-chamois, comme cela arrive souvent pour la surface du foie envahi par de pareils produits morbides. A la figure 1 de la planche XXIX de l'ouvrage de M. Rayer, on en observe un fort bel exemple.

La poche kystique (acéphalocyste mère de quelques auteurs) est ordinairement épaisse ; elle peut être molle, membraneuse, à parois formées par une substance particulière, diaphane, semblable à du blanc d'œuf coagulé par la potasse caustique ; elle est alors très-élastique et peut s'allonger sans se rompre. Elle peut être aussi plus ou moins dure, séparée en plusieurs lames, comme formée par des couches superposées.

La surface interne présente quelquefois de petites granulations (gemmules) d'un blanc laiteux, opaques, plus résistantes que la membrane elle-même. Ce sont ces granulations qui ont été considérées comme des germes de nouveaux acéphalocystes.

Dans l'intérieur de l'hydatide mère, il y en a un grand nombre d'autres dont plusieurs ressemblent assez bien, pour la forme et le volume, à des grains de raisin blanc nageant au milieu d'un

liquide transparent et incolore, à moins qu'il n'ait été troublé par un travail phlegmatique de la poche. La figure 2 de la planche XXVIII de l'ouvrage de M. Rayer représente très-bien ces hydatides en forme de grains de raisin.

Tout porte à croire, dit cet auteur, que la matière des acéphalocystes est de l'albumine coagulée et dans un état particulier.

Soit par leur progrès, soit par causes accidentelles, les kystes acéphalocystes des reins, comme les autres kystes, peuvent s'enflammer et offrir des traces variables de ce nouveau travail morbide. S'ils peuvent rester longtemps isolés et sans communication avec les conduits excréteurs de l'urine ou d'autres organes voisins, cependant ils contractent le plus ordinairement, et au bout d'un certain temps, des adhérences avec les parois du bassinet, et s'ouvrent dans sa cavité par un ou plusieurs orifices qui donnent passage, à travers les voies urinaires, aux plus petites hydatides, aux débris des grandes, et au contenu liquide. Ce travail d'expulsion s'accompagne d'accidents divers, douleurs rénales, rétentions d'urine, passagères et répétées, etc.

3° Kystes urinaires.

Les collections d'urine en plus ou moins grande quantité, tantôt avec toutes ses qualités physiques, tantôt dégénérée au point de représenter du sérum pur, dans les calices et les bassinets, constituent l'hydronéphrose, les kystes urinaires. Ces collections sont le résultat tout mécanique d'un obstacle apporté au passage de l'urine dans la vessie ou à son expulsion au dehors.

Ce sont tantôt des corps étrangers, libres dans la cavité des conduits urinaires (calculs, hydatides), tantôt l'épaississement des parois de ces conduits, des tumeurs saillantes dans leur intérieur, des brides valvulaires, qui opposent ces barrières à l'écoulement de l'urine. D'autres fois, le rétrécissement organique des conduits urinaires, des brides ou des tumeurs situées sur leur trajet et qui les étranglent, ou d'autres dispositions anormales des parties voisines donnent le même résultat. Enfin la rétention de l'urine dans la vessie, qui forme une barrière insurmontable à l'écoulement de la nouvelle urine sécrétée, comme tout obstacle au passage de l'urine des calices dans le bassinet,

du bassinet dans l'uretère, de l'uretère dans la vessie, en donnant lieu à une rétention complète ou incomplète de l'urine dans un des reins ou dans les deux, peuvent amener une hydronéphrose partielle ou générale de l'un ou des deux organes à la fois.

L'obstacle au cours de l'urine existe-t-il dans l'uretère ou la vessie? La tumeur se dessine parfois au dedans de la scissure rénale, à forme sphéroïdale, plus ou moins volumineuse, ayant ses parois formées par le bassinet dilaté. Alors le rein, refoulé et comprimé de dedans en dehors, diminué de volume, coiffe cette tumeur comme une espèce de casque et présente ordinairement, à la surface, un certain nombre de bosselures. Tel est l'exemple représenté dans la planche XXII, figure 4 et 5 de l'ouvrage de M. Rayer.

Le plus souvent, cependant, la poche s'opère aux dépens du bassinet et des calices qu'elle envahit, comme le plus souvent aussi elle est générale. Dans les cas les plus simples, la dilatation est légère au début et porte spécialement sur le bassinet : ce n'est point encore un kyste. Dans ce cas, le tissu du rein offre au toucher la résistance normale. Mais plus tard la surface de cet organe devient bosselée, et sur ces éminences il y a de la fluctuation sous les doigts ; plus tard encore, ces bosselures, produites par la dilatation et la distension des calices et l'atrophie des substances rénales, deviennent plus prononcées ; le rein acquiert, surtout en quelques points, la mollesse d'un kyste rempli par un liquide. — Le plus souvent aussi, le bassinet et le commencement de l'uretère, distendus et considérablement augmentés de volume, forment, au dedans de la scissure des reins, une tumeur pyriforme dont la pointe est en bas ou en dedans. (Ces deux variétés sont représentées dans la planche XXIV, figures 2 et 4 de l'ouvrage de M. Rayer.)

Enfin, dans l'hydronéphrose portée à son plus haut point, les substances tubuleuses et corticales, après s'être affaissées et atrophiées lentement, d'une manière progressive, disparaissent quelquefois complétement, de manière que le rein semble transformé en une poche semblable à un kyste multiloculaire, principalement constituée par la membrane fibreuse du rein et par celle des calices et des bassinets distendus. Quelquefois cette atrophie du rein et sa presque complète disparition ont lieu sans

que ces distensions rénales acquièrent un volume considérable. D'autres fois, au contraire, on a vu, par suite d'une semblable distension, un des reins acquérir une dimension monstrueuse ou même les deux reins transformés en deux énormes poches à la surface desquelles on remarque des îlots de substance rénale (1). Le liquide de l'hydronéphrose varie, quant à sa nature, suivant que la poche est ancienne ou récente, que l'obstacle au cours de l'urine a été complet ou incomplet, etc. M. Rayer a reconnu dans tous les cas d'hydronéphrose ancienne, de l'urée et une quantité notable d'albumine dans le liquide. Il a trouvé, au contraire, de l'urine à peu près semblable à celle contenue dans la vessie, lorsque le passage de ce liquide, provenant du rein affecté, n'était pas complétement intercepté, et qu'il n'existait point d'inflammation accidentelle du bassinet.

Marche, terminaison, pronostic des kystes des reins. Les kystes des reins, quelle que soit leur nature, constituent toujours une maladie grave, puisqu'ils tendent à empêcher, sur une plus ou moins grande échelle, la sécrétion urinaire, ou l'écoulement de l'urine dans l'uretère et la vessie; le moindre accident de pareils états morbides est d'entraîner à leur suite des suffusions séreuses, l'anasarque. Cependant on conçoit, qu'un kyste uniloculaire séreux, de petite dimension, offre bien moins de gravité qu'un kyste multiloculaire, ou à poches hydatiques, d'un volume considérable. A tous égards, l'hydronéphrose qui serait la conséquence d'un barrage à l'écoulement de l'urine dans la vessie, temporaire et susceptible de disparaître, serait de tous les kystes celui qui entraînerait le moins de danger.

Quand il subsiste encore, entre les kystes des reins, assez de substance corticale et tubuleuse pour suffire aux besoins des fonctions rénales, le danger est moins grand, de même que quand il n'y a qu'un rein affecté. Mais, en thèse générale, on peut dire que la gravité de ces sortes de kystes découle et de leur nature, et de leur quantité, et de la plus ou moins grande célérité qu'ils mettent à s'accroître.

Si leur guérison spontanée est possible, ce qu'on n'oserait contredire, surtout pour les kystes hydatiques, en revanche l'art

(1) Rayer, ouvrage cité, planche XXIII, fig. 1.

se trouve presque complétement désarmé quand il est parvenu à les reconnaître. Leur guérison peut avoir lieu par la perforation de la poche et l'évacuation du contenu, de ses lambeaux à travers les voies urinaires. C'est là le cas le plus heureux. Elle pourrait avoir lieu aussi par la transformation des produits en matières tolérables et inoffensives pour les organes : telles sont les transformations crétacées.

L'arrêt dans le développement de la poche, son état complétement stationnaire, est une des circonstances les plus heureuses pour les malades qui en sont affectés. Ce n'est point une guérison, mais c'est un bénéfice temporaire.

Il peut arriver, en effet, qu'un kyste subsiste pendant de nombreuses années sans augmenter de volume, ou du moins en augmentant d'une manière fort insensible.

Diagnostic des kystes des reins. Siégeant sur des organes profondément situés dans les tissus, les kystes des reins offrent nécessairement les plus grandes difficultés pour le diagnostic. Quant aux phénomènes généraux auxquels ils peuvent donner lieu, ils se confondent avec ceux des autres maladies des mêmes organes. Mais disons de suite, que ces phénomènes sont nuls tant que le kyste ne s'est pas enflammé ou n'est pas arrivé au point de mettre presque à néant les fonctions rénales. La diminution de la sécrétion urinaire; un sentiment de gêne, de poids ou même de douleur dans les lombes ; l'apparition des suffusions séreuses diffuses, ou localisées suivant qu'un point d'irritation concomitante appelle plutôt sur une cavité que sur une autre la fluxion séreuse, ne constituent que des phénomènes propres à un grand nombre de maladies des reins, sans rien apprendre à l'égard des kystes.

Il n'est peut-être que deux circonstances où le médecin pourrait les reconnaître d'une manière un peu positive. La première est celle où le malade, ayant ou n'ayant pas offert les phénomènes que nous venons d'énumérer, rendrait, avec ses urines, des débris de la poche kystique ou des hydatides de divers volumes. En ce cas, on a presque sous les yeux la pièce pathologique, et le diagnostic peut aller jusqu'à préciser la nature du kyste. La seconde est celle où le malade, ayant encore ou n'ayant pas été soumis aux mêmes phénomènes dont nous parlions, présente, sur

l'une ou les deux régions rénales à la fois, une tumeur appréciable à la vue et au toucher.

En s'éclairant alors du commémoratif, et s'aidant de la méthode d'exclusion, il pourrait arriver qu'on parvînt encore à reconnaître un kyste rénal. Si, en effet, avec ces tumeurs, il n'y a jamais eu les douleurs aiguës et la fièvre qui accompagnent les phlegmons : s'il y a absence de toute douleur caractéristique des dégénérescences diverses; s'il n'y a aucune altération osseuse qui puisse faire croire à un abcès par congestion, et que, d'ailleurs, l'absence de frisson, la bonne conservation de l'état général puissent faire exclure tout abcès chronique ou froid, on pourrait déjà penser à un kyste des reins. Mais si, avec cela, il y a un commencement d'anasarque ou d'ascite; si, déroulant toutes les phases par lesquelles le malade a passé, on ne peut retrouver aucune trace d'affection aiguë des reins à une date antérieure, on est fixé sur une maladie chronique de ces organes. Or comme, parmi ces maladies chroniques, il n'est que l'hydronéphrose ou les autres kystes et les dégénérescences qui puissent leur faire présenter une tumeur semblable, on se trouve fixé d'une manière définitive. Ajoutez à cela que, si la main peut percevoir une fluctuation profonde, ou bien un froissement hydatique dont l'oreille pourrait confirmer à son tour le bruit particulier, on serait à même peut-être de se prononcer sur l'existence d'un kyste séreux, ou de l'hydronéphrose, ou bien d'un kyste hydatique.

Traitement. Voici, après le diagnostic de ces affections, le plus grand écueil du médecin. En effet, que peut-il tenter dans cette circonstance? Posons d'abord comme un fait qu'on ait en main une substance propre à tuer les acéphalocystes, par exemple. Eh bien, quand on aura reconnu un kyste rénal de cette nature, pourra-t-on espérer d'atteindre ces vers vésiculaires en faisant arriver, au moyen de l'absorption et de la circulation, le médicament sur le siége même du kyste? La chose est possible, elle doit même être tentée; mais nous n'oserions trop faire présumer un succès.

Le mercure, que M. Brachet a conseillé dans un cas d'hydatides de la vessie, pourrait être essayé, comme on pourrait aussi essayer de l'iode à l'état de pureté et à doses tolérables. Mais

quand il s'agira de kystes séreux multiloculaires ou à poche unique ; quand on aura par devers soi une hydronéphrose, suscitée par un obstacle organique, quel autre parti aura à prendre le médecin, si ce n'est de pallier les accidents consécutifs autant qu'il est en son pouvoir? Si, par hasard, et ces cas doivent être rares, on se trouvait en présence d'une hydronéphrose suscitée par un barrage à l'écoulement de l'urine, soit dans le canal de l'urètre, soit dans la vessie, alors on pourrait peut-être intervenir d'une manière fructueuse, par une opération chirurgicale qui ferait disparaître cet obstacle. Des kystes de la cavité abdominale, les uns peuvent être le résultat d'une péritonite partielle qui, donnant lieu à une suppuration ou à un épanchement partiel aussi, suscite des productions membraneuses qui servent de parois à la collection, en adhérant aux parois abdominales d'une part, au foie, à la rate, ou à d'autres organes d'autre part, et forment ainsi une véritable cavité parfaitement circonscrite. Tel est l'exemple cité par M. Andral, dans sa *Clinique médicale*, t. V, page 676 ; tel est encore celui cité par nous dans la *Gazette des Hôpitaux*, 10 déc. 1850, page 576.

D'autres sont constitués par des poches qui ont pris naissance sur l'un des points de la surface péritonéale, n'importe par quel procédé, et qui arrivent à un développement plus ou moins considérable. Il est toujours facile de reconnaître ces kystes par la tumeur à laquelle ils donnent lieu dans la cavité abdominale, par l'absence de signes de dégénérescence organique, par la sensation d'une fluctuation plus ou moins facile à percevoir. Les kystes, surtout les séreux et hydatiques, arrivent quelquefois à un volume tel, qu'ils pourraient facilement être confondus avec une ascite. Nous avons donné, en traitant de cette hydropisie, les signes diagnostiques au moyen desquels on parvient à différencier, au lit du malade, les kystes intrapéritonéaux (voyez page 247 et suiv.).

Symptomatologie des kystes intrapéritonéaux en général. C'est plutôt par une gêne mécanique, en général bien supportée, que par la douleur, que se dessine le cachet symptomatologique de ces affections. Obstacles de la part des organes circonvoisins, et résistance à son évolution, telles sont les circonstances qui font

que le kyste suscite des troubles fâcheux dans l'état général. Se développe-t-il à l'aise et sans entraves, il peut aller fort longtemps sans causer autre chose que de la gêne; est-il retenu, au contraire, par des brides solides, pousse-t-il dans une cavité étroite comme dans le petit bassin, les phénomènes de compression qu'il suscite peuvent prendre rapidement un caractère alarmant, et en tout semblable à celui de l'étranglement.

La douleur, nulle ou obtuse la plupart du temps, se trouve même allégée par certaines positions prises instinctivement par les malades. Dans quelques cas rares, dans les kystes hydatiques surtout, elle peut prendre un degré d'acuité qui simule une hépatite ou un abcès aigu du foie. Il faut dire, pourtant, qu'il y a fréquemment, en ces cas, inflammation des parois kystiques ou de quelque portion d'organe environnant.

La symptomatologie se moule un peu sur les périodes parcourues par les tumeurs kystiques. Les symptômes sont équivoques ou nuls tant qu'elles sont petites. A mesure qu'elles croissent, elles se présentent sous forme de tumeurs arrondies, lisses, mobiles ou immobiles, suivant leur siége et leur entourage. Elles deviennent plus appréciables, suivant telle ou telle attitude prise par le malade; c'est en général dans l'état de relâchement complet des parois abdominales qu'on peut mieux les explorer. La palpation, la percussion et l'auscultation sont les moyens à l'aide desquels on les discerne. Par la palpation, à travers les parois du ventre déprimées, on peut embrasser le corps de la tumeur, en mesurer la grandeur, en déterminer la fixité ou la mobilité, par les divers mouvements qu'on lui imprime : on peut encore, à son aide, s'assurer si elle est lisse ou rugueuse, inégale, sillonnée par des intersections qui la divisent en plusieurs compartiments. La palpation peut aider aussi à faire reconnaître le contenu, par les ondées liquides qu'elle peut susciter dans son intérieur. C'est ainsi que, les deux mains embrassant les kystes, par la face antérieure de l'abdomen, on imprime, avec l'une d'elles, des secousses, des pressions brusques au corps de la tumeur, tandis qu'avec l'autre, exactement appliquée, on perçoit le mouvement de flot produit à l'intérieur. Les doigts d'une main, appliqués, par leur face palmaire, sur le corps de la tumeur, per-

çoivent également l'ondulation que produit une secousse imprimée par un ou deux doigts de l'autre main.

La palpation peut s'exercer par un ou plusieurs doigts introduits dans le vagin ou l'anus, tandis que l'autre main presse sur le corps de la tumeur par la région hypogastrique. Ce genre de palpation permet d'arriver plus directement sur le corps de la tumeur, à travers ces cavités naturelles. Si l'opérateur ne peut suffire lui-même à cette manœuvre, il fait introduire les doigts d'un aide dans le vagin ou l'anus, pour refouler la tumeur en haut et en avant; et lui-même, avec ses deux mains appliquées sur l'hypogastre, imprime des secousses qui peuvent lui donner la sensation d'un liquide. Par la percussion, on obtient le son mat que donne la tumeur dans tous les points qu'elle occupe et qui peuvent être percutés.

L'auscultation peut faire percevoir certains bruits qui se passent dans l'intérieur de certaines poches, tels que le bruit de frottement hydatique, ou le bruit de souffle qu'elles occasionnent quelquefois dans des gros vaisseaux, par la compression qu'elles exercent sur leur trajet.

Marche des kystes intrapéritonéaux. En général, la marche de ces tumeurs est essentiellement chronique et lente : leur évolution met des années à s'accomplir; ce n'est que très-exceptionnellement qu'on en voit qui croissent avec rapidité, et cette circonstance doit influer sur le parti à prendre pour le traitement. Il en est dont la marche est régulière, quoique lente : tels sont les kystes séreux qui poussent lentement et avec indolence; d'autres ont, au contraire, une marche accidentée, s'enflamment; leur liquide s'altère, devient puriforme : telles sont les poches des acéphalocystes.

Les poches kystiques aboutissent à la perforation, à une époque ordinairement reculée : il est cependant plusieurs circonstances qui peuvent hâter ce dénoûment. Les kystes hydatiques se perforent plus tôt que les autres.

En général, deux périodes marquent la marche des kystes intrapéritonéaux : une période d'indolence, qui ne s'accompagne d'aucun accident sérieux, et une période de travail, qui s'étend

depuis l'apparition des troubles généraux jusqu'à la terminaison de la maladie.

Terminaison. Elle peut être heureuse : c'est le cas le plus rare ; ou malheureuse : c'est le cas le plus ordinaire. On peut déjà regarder comme une sorte de terminaison heureuse l'arrêt de développement ou l'état stationnaire de la tumeur. Les autres terminaisons favorables sont : la résorption du contenu de la poche ; son élimination au dehors, par une ouverture spontanée directe, ou par l'intermédiaire d'une cavité naturelle ayant communication, vers l'extérieur, avec un organe qui se perfore au point de contact avec le kyste, et sur un point rapproché de la peau (1).

La guérison des kystes a lieu, quelquefois aussi, par la conversion de leur contenu en matières inertes ou tolérables pour nos tissus, analogues aux concrétions crétacées, ossiformes.

La résorption spontanée s'observe bien rarement quand les kystes ont acquis un certain développement ; elle est, suivant toute probabilité, plus fréquente dans les kystes en bas âge. Les moyens médicinaux ne peuvent rien contre ces tumeurs ; ils ne pourraient, tout au plus, que déterminer leur inflammation, circonstance qui est loin d'être toujours favorable.

La rupture du kyste, soit qu'elle ait lieu spontanément, soit qu'elle résulte d'une violence extérieure, permet à la poche de se vider ; une fois vidée, ses parois peuvent revenir sur elles-mêmes, et arriver à la cicatrisation complète, par un travail adhésif ; c'est en ce point que la thérapeutique doit tendre à imiter la nature. Quand le kyste rupturé communique directement au dehors à travers les téguments, la guérison est plus probable ; elle est probable encore quand il communique avec des cavités muqueuses, qui éliminent son contenu. Mais quand, par le même travail lent et ulcératif, le kyste s'ouvre dans une cavité séreuse pour y déverser les matières enfermées, il y a infiniment moins de chances de guérison.

Les accidents qui suivent cette perforation, la péritonite, par exemple, compromettent souvent la vie des malades d'une manière subite ; et cependant on a vu encore quelquefois la cure

(1) Comme l'exemple rapporté par M. Goyrand, d'Aix, et dont nous avons parlé à la page 524.

avoir lieu dans ce cas (1). Nous aurons bientôt à en citer un exemple qui nous est propre.

La terminaison par transformation des produits a été diversement interprétée. Les anciens n'avaient aucune idée de ces transformations, bien mieux étudiées de nos jours.

Ce sont les kystes séreux qui sont le plus susceptibles de se transformer. La partie aqueuse se résorbe en quantité plus ou moins grande ; le restant, contenant de l'albumine, de la fibrine, des sels, perd de sa transparence, se condense, devient jaunâtre pour ressembler à du fromage. La poche se vide alors, son humeur condensée se durcit et se transforme en une matière semblable à de l'adipocire, ou en une masse calcaire que l'on sépare facilement des membranes.

Il est des auteurs qui pensent, avec Laënnec, que, les hydatides une fois mortes, le liquide dans lequel elles nagent est absorbé ; les vésicules, affaissées et privées de vie depuis longtemps, se réunissent en une matière jaunâtre, friable, semblable à une sorte de ciment, et le kyste se resserre sur lui-même. Ce serait là une indication fournie pour le traitement de ces kystes. Il s'agirait de tuer les acéphalocystes par une injection iodée, et d'abandonner ensuite le kyste à lui-même.

Si l'ouverture des kystes à la peau, comme à travers les muqueuses qui déversent leurs produits au dehors, pousse à la guérison, elle suscite souvent aussi la mort par l'inflammation qui s'empare des parois ; donne lieu à une suppuration vaste, à des accidents généraux, à l'infection purulente. Il est infiniment plus rare que la mort ait lieu par le seul fait de la gêne mécanique qu'exerce la tumeur.

Complications. Les kystes abdominaux peuvent se compliquer de maladies de même nature, siégeant dans des organes similaires ou dans des organes différents ; ils se compliquent aussi de maladies diverses, mais qui tiennent à un vice de la constitution, celui précisément qui a donné lieu à la formation du kyste qu'on a à traiter. Parmi les premières se trouvent les kystes hydatiques et les kystes tuberculeux.

(1) M. Maisonneuve a reçu, à l'hôpital Saint-Louis, une jeune fille chez laquelle un kyste s'était ouvert dans le péritoine sans résultat fâcheux. (Compte rendu des séances de la Société de Chirurgie, 30 juin 1850.)

Les organes bilatéraux, reins, ovaires, ont une singulière tendance à être affectés simultanément, soit que l'affection soit de la même nature, soit que, l'un étant affecté d'un kyste, cette circonstance fasse surgir un autre état morbide sur le congénère. La complication la plus fréquente des kystes abdominaux est l'ascite, qui souvent en est la conséquence aussi, et qui, dans tous les cas, peut obscurcir le diagnostic.

Chez les femmes, la grossesse, qui est un état physiologique, peut, en raison de l'influence qu'elle exerce ou qu'elle reçoit de la part des kystes, devenir une véritable complication, puisqu'elle peut devenir plus pénible et aboutir à l'avortement.

Diagnostic différentiel. Le diagnostic des kystes abdominaux, quelquefois clair et précis, est plus souvent entouré de vraies difficultés qui l'obscurcissent, et mettent le médecin dans l'impossibilité de se prononcer, et dans la nécessité de réserver son jugement; dans quelques cas, il est tout à fait impossible : c'est quand la tumeur ne fait aucune saillie apparente.

M. Chassaignac est, de tous les auteurs, celui qui a posé, de la manière la plus nette, les circonstances qui tendent à rendre ce diagnostic difficile. Voici l'ordre dans lequel il les formule (1).

1° Certains états normaux qui ne sont pas habituels, quoique rentrant dans l'ordre naturel;

2° Le diagnostic différentiel entre les tumeurs enkystées et des tumeurs que forment les réservoirs naturels accidentellement dilatés;

3° Le diagnostic différentiel du siége intra ou extrapéritonéal de la tumeur;

4° Le diagnostic différentiel d'autres maladies, telles que les diverses tumeurs solides non enkystées, les tumeurs qui sont demi-solides, demi-liquides, les tumeurs liquides, et enfin les tumeurs gazeuses.

5° Le diagnostic différentiel des formes diverses d'une même tumeur enkystée, à savoir : la détermination de l'unité ou de la pluralité des loges, celle des adhérences, etc.;

6° Enfin, le diagnostic des complications.

Signalons maintenant les ressources que possède la science

(1) Chassaignac, Thèse citée, p. 35 et 36.

pour asseoir ce diagnostic. Ces ressources s'empruntent à des déterminations fournies par différentes attitudes données au malade, à la palpation, la percussion, l'auscultation, à l'exploration de la sensibilité, aux combinaisons à l'aide desquelles on peut rendre la fluctuation plus facile à percevoir; enfin, aux circonstances relatives à la mobilité des liquides que peut renfermer la cavité abdominale, ou à celle qui résulte du déplacement de certains viscères abdominaux.

Pour établir le diagnostic différentiel entre la grossesse et un kyste abdominal, il faut considérer la première suivant quelle est encore exempte de toute manifestation fœtale, et suivant que ces manifestations existent. La grossesse est sans manifestation fœtale, quand il n'y a encore aucune circonstance qui puisse dévoiler la présence du fœtus dans l'utérus, ou même hors de cette cavité.

Quand la grossesse est sans manifestation fœtale, on ne peut avoir de signes positifs pour un diagnostic différentiel; il ne peut y avoir que des probabilités fondées sur l'ensemble de toutes les circonstances qui accompagnent la gestation à son début.

Quand elle s'accompagne de manifestations fœtales, elle peut être diagnostiquée avec plus ou moins de précision, suivant la nature de ces manifestations. Tant qu'on n'a que le ballottement qu'on peut imprimer à l'utérus, il ne peut y avoir de certitude qu'autant que ce ballottement est nettement perçu, ce qui est difficile. Mais, plus tard, quand les battements du cœur du fœtus, le bruit de souffle placentaire sont clairement perçus, l'erreur n'est plus possible : quand il y a grossesse extra-utérine, le cas est plus difficile. Mais alors, ou le fœtus est mort, ou il est vivant: dans le premier cas, il n'y a que les manifestations passives qui puissent éclairer, ainsi que la perception, à travers les parois abdominales des parties qui constituent le produit; dans le second, il y a, comme dans les grossesses normales, et à une certaine époque, les signes fournis par les battements du cœur du fœtus.

S'il y avait en même temps kyste abdominal et grossesse, il y aurait aussi deux tumeurs, l'une avec manifestations fœtales, l'autre sans manifestations de cette nature.

On se prémunit contre la confusion possible entre un kyste ab-

dominal et la réplétion d'une cavité ou réservoir normal situé dans l'abdomen, par deux sortes de signes : les uns tirés du commémoratif, les autres fournis par le cathétérisme de ces cavités, par le résultat d'évacuants qu'on administre, et de pressions expulsives qu'on exerce. Il n'y a guère que la distension de la vésicule du fiel qui pourrait, envers et contre tout, simuler alors un kyste hépatique.

Quant à diagnostiquer un kyste intra-péritonéal d'un kyste extra-péritonéal, la chose peut être quelquefois difficile, impossible même. Quand la tumeur extra-péritonéale est superficiellement placée dans la paroi abdominale antérieure, si elle n'est pas trop volumineuse, il est possible de la soulever par des manœuvres habiles et de l'isoler du péritoine; mais quand la tumeur est considérable, le même isolement peut devenir impossibe, si, surtout, elle siége, soit à la paroi supérieure, soit à la paroi postérieure. Si, avec un volume très-grand, elle siége à la paroi antérieure, M. Chassaignac propose un moyen de diagnostic dont il ne garantit pas la valeur (1).

Il consiste à diviser artificiellement, au moyen du bord cubital des mains d'un aide, la masse qu'elle forme, de manière à la séparer en deux loges qui cessent de se renvoyer la fluctuation. Si la tumeur est renfermée dans la grande cavité péritonéale, cette manœuvre doit manquer son effet, dans le cas contraire, les deux compartiments doivent s'établir.

Les tumeur non enkystées de l'abdomen, pour être distinguées des kystes, doivent être séparées en celles qui sont solides, demi-solides et demi-liquides, et en celles qui sont liquides.

Les premières ne pourront être confondues avec les kystes, dès que, par la palpation, à la suite de diverses manœuvres, on aura pu constater leur nature. Cependant il ne faudrait pas être à cet égard dans une parfaite sécurité, car il est des kystes dont le contenu liquide ne peut être perçu à cause de la profondeur de leur situation.

Et quant aux tumeurs demi-solides et demi-liquides, il peut se faire qu'elles soient le résultat de la complication d'un kyste

(1) Ce moyen est dû à la pratique de M. Récamier, ainsi que nous le verrons plus tard.

avec une dégénérescence. C'est ainsi qu'avec une tumeur cancéreuse ou autre, on peut rencontrer un kyste hydatique ou séreux encastré dans la masse. Il importe donc, pour le traitement, de savoir discerner cette circonstance. Malheureusement, cela n'est pas toujours possible même avec la plus grande habileté.

Les tumeurs abdominales liquides qui ne sont pas enkystées, ne peuvent être constituées que par des abcès, l'hydropisie de l'utérus et l'ascite. Si l'abcès est aigu, on ne peut le confondre avec un kyste, à cause de l'ensemble symptomatologique. S'il est chronique, et surtout s'il s'est entouré d'une poche kystique, rien ne peut éclairer que le commémoratif. C'est d'ailleurs un kyste d'une nature particulière. Mais si l'abcès est froid, s'il est symptomatique d'une altération osseuse, le médecin habile retrouvera, dans le point de départ de la maladie, la nature de l'affection à laquelle il a affaire ; et puis, les dispositions diathésiques, les troubles organiques, la marche de l'affection, pourront, la plupart du temps, empêcher de prendre pour un kyste un abcès chronique quelconque, lors même qu'il siégerait dans un organe parenchymateux.

L'hydropisie de l'utérus se distingue du kyste, par sa position sur la ligne médiane, dès le début, son mode de développement qui a lieu directement vers l'ombilic, sa forme qui reproduit celle de l'utérus agrandi, et par la suppression des règles qui a lieu initialement.

Nous avons dit, à l'article ascite, comment on distingue cette affection des kystes intra-abdominaux (1). Il nous reste à voir comment on distingue un kyste uniloculaire d'un kyste multiloculaire, un kyste mobile, sans adhérences, d'un kyste fixe, avec adhérences.

A-t-on affaire à plusieurs kystes à la fois ? si on a reconnu une nature identique sur plusieurs d'entre eux, il est probable que les autres sont pareillement constitués.

Le bruit de frottement hydatique, perçu sur un kyste, laisse supposer avec quelque assurance la présence d'acéphalocystes dans la tumeur.

Un kyste communiquant avec une muqueuse qui déverse son

(1) Voyez les pages 247, 248, 249.

produit au-dehors, décèle sa nature par l'aspect de ce produit.

Les kystes uniloculaires ont une surface plus lisse, une marche plus rapide; ils acquièrent un volume plus considérable, et laissent percevoir plus facilement la fluctuation. Les kystes multiloculaires sont, en général, bosselés, et présentent une fluctuation plus obscure.

Quand un kyste à développement médiocre ne peut être déplacé dans aucun sens, il y a lieu de croire qu'il est fixe, immobile ou encloisonné dans un organe. Quand on peut lui imprimer des déplacements partiels dans un seul ou plusieurs sens, et qu'on ne peut le faire dans les sens opposés, il faut penser que des brides le retiennent dans ces dernières positions. Quand la tumeur a pris un grand développement, il est impossible d'arriver à quelques notions à cet égard.

Pour arriver au diagnostic des complications, il faut d'abord explorer l'organe congénère, quand le kyste siége sur un organe bilatéral, puis les organes qui sont similaires par la nature de leurs fonctions et leur texture anatomique; ensuite les organes membraneux, s'il siége dans les parois d'une cavité. Enfin, on passe en revue tous les autres organes.

Pronostic. Le pronostic se tire du volume de la tumeur et de son âge, car, un kyste peu développé laisse encore une pleine sécurité pour un temps souvent très-long : de son siége général, car, d'après ce siége, il gêne ou non des organes importants, trouble des fonctions essentielles, suscite des désordres graves et prompts, ou est supporté facilement et sans trouble, etc.

Traitement des kystes intra-péritonéaux. Ce traitement, en tant que traitement actif, ne peut reposer aucunement sur la matière médicale. En effet, il n'est pas de médicament, de quelque nature qu'il soit, qui ait la propriété de modifier ces tumeurs enkystées d'une manière avantageuse. Ainsi que nous l'avons déjà dit, les médications internes pourraient quelquefois aboutir, sans qu'on puisse, du reste, le prévoir, à enflammer la poche. Nous croyons sincèrement qu'on doit éviter, autant que possible, d'arriver à un résultat pareil; car, cette inflammation, qu'on ne pourrait maîtriser sur des tumeurs si profondément situées, ne présente que des chances funestes pour le malade, à cause de la suppuration probable et de toutes ses conséquences.

Si des médicaments internes doivent donc être mis en usage, ce sont ceux qui sont destinés à combattre certains accidents suscités par la présence de la tumeur, tels que constipation, vomissements, etc.: c'est de la palliation, et non une médecine active.

Nous posons en principe que ces kystes doivent être absolument abandonnés à l'expectation, jusqu'à ce qu'ils deviennent sérieusement menaçants et compromettants par les désordres graves auxquels ils donnent lieu. Et pour en arriver là, ils mettent souvent un temps immensément long, ce qui est tout bénéfice pour le malade; tandis qu'une opération imprudemment tentée pourrait abréger une existence, dont le médecin ne saurait mesurer le terme d'après quelques données positives.

Qu'ils soient contenus dans des organes parenchymateux, ou qu'ils soient greffés à leur surface, entre leur tissu et l'enveloppe péritonéale; qu'ils soient implantés sur cette enveloppe, ou sur tout autre point de la séreuse, dans ses duplicatures ou sur le tissu cellulaire sous-jacent; qu'ils soient enfin situés dans des organes membraneux, ces kystes tendent très-rarement, par eux-mêmes, à la guérison. Cependant elle n'est pas impossible par les seuls efforts de la nature, car, comme nous l'avons dit pour les kystes du foie, la poche peut s'ouvrir dans une cavité naturelle qui permette la propulsion, au dehors, de la matière contenue. Il peut se faire encore que le kyste se perfore, et que le liquide qu'il contient s'évacue directement au dehors par une ouverture des parois abdominales auxquelles il adhère, ou s'épanche dans la cavité du péritoine. Dans ce dernier cas, l'épanchement peut susciter une péritonite plus ou moins grave. Si la péritonite arrive à résolution, le liquide épanché peut se résorber avec plus ou moins de rapidité, et la cure radicale du kyste peut en être la suite.

Xe OBSERVATON. — KYSTE INTRA-PÉRITONÉAL. — RUPTURE DE LA POCHE. — ÉPANCHEMENT DU CONTENU DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE. — PÉRITONITE CONSÉCUTIVE. — GUÉRISON.

Nous venons d'être témoin d'une cure semblable chez une dame Paoli de Fozanno (Corse). Il y a un an, cette dame nous consultait sur une tumeur qui avait trois fois le volume de la tête d'un fœtus à terme, et située au devant de l'estomac, d'un hypo-

condre à l'autre, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Il nous fut aisé de diagnostiquer un kyste liquide, qui nous sembla fixé à la face inférieure du foie, vers son rebord antérieur. Telle fut aussi l'opinion de trois confrères appelés en consultation avec nous.

La malade voulait être opérée; le mari nous pressait également. Deux des médecins consultants partageaient cet avis, et proposaient une ponction exploratrice préalable. Nous nous refusâmes formellement à l'opération et à la ponction exploratrice, et voici nos motifs :

Madame Paoli jouissait d'une très-bonne santé, toutes ses fonctions se remplissaient bien, à l'exception de la défécation, devenue rare et pénible par la compression que le kyste exerçait sur le colon transverse.

La poche nous paraissait complétement isolée des parois abdominales. En présence d'un tel état, et du manque d'adhérences de la part de la tumeur avec l'un des points des parois de l'abdomen, nous dûmes reculer, et bien nous en prit.

Nous nous contentâmes de prescrire l'usage des laxatifs de temps en temps, et l'expectation.

A six mois de là, et quand nous avions complétement perdu de vue notre malade, il nous arriva une lettre du mari, dans laquelle il nous peignait sa désolation.

Après nous avoir raconté que la tumeur avait continué à s'accroître pour descendre presque jusqu'au pubis, M. Paoli nous disait, qu'un jour, sa femme, étant tranquillement assise, avait senti un mouvement insolite dans le ventre, comme si un liquide l'inondait ; qu'un frisson, des pieds à la tête, avait suivi cet accident, et qu'à ce frisson avait succédé une syncope.

Bientôt survinrent des douleurs abdominales peu vives, mais accompagnées de vomissements incoercibles, d'une faiblesse profonde, et de la perte complète de l'appétit. Le mari ajoutait que cet état avait duré quinze jours, et avait réduit sa femme à un état de maigreur considérable ; que l'appétit commençait à renaître, et que les potages pouvaient être supportés. Il nous demandait notre avis. Il ne fut point douteux, pour nous, que la poche kystique ne se fût déchirée, et que le liquide épanché dans le ventre n'eût suscité une péritonite à laquelle la malade avait résisté. Nous fîmes une réponse rassurante à ce mari désolé.

Trois semaines après, il nous ramenait sa femme, à Ajaccio, pour mieux juger de son état, et savoir ce qu'il restait à faire.

Il y avait donc bien près d'un an que nous n'avions vu madame Paoli, quand elle nous fut présentée, pour la seconde fois, dans le courant de janvier dernier.

Et d'abord, une chose nous frappa en elle, c'est la demi-plénitude régulière que présentait la cavité abdominale. La tumeur que nous avions vue, autrefois, descendant de l'épigastre à l'ombilic, n'existait plus. La malade couchée sur le dos, les flancs devenaient saillants par la présence du liquide qui se portait sur ces points. La matité humorale de ces régions décelait sa présence. Le son intestinal était perçu sur toute la face antérieure de l'abdomen, excepté vers l'hypogastre. L'ondulation d'un flanc à l'autre, sous l'influence de la percussion exercée sur un point latéral, tandis que l'autre main était appliquée sur l'autre point, ne laissait aucun doute. En donnant à la malade des positions inclinées, le liquide se portait sur les points déclives, et était reconnu par les mêmes moyens d'investigation que précédemment ; les intestins flottaient au-dessus de lui. La malade avait repris de l'embonpoint et des forces, ses fonctions s'exécutaient bien, la constipation primitive avait cessé. Il fut résolu qu'on laisserait aller les choses.

Il y a un mois et demi que le mari est revenu nous voir, et nous a assuré que le ventre a beaucoup diminué, et que sa femme continue à se bien porter. C'est là une demi-guérison, qui pourra se compléter par la reprise entière du liquide épanché par les absorbants.

Mais si les kystes, quand ils sont petits ou jeunes, peuvent se résoudre, si la nature opère aussi parfois des miracles quand ils sont volumineux, il s'en faut qu'on doive toujous compter sur elle pour une semblable issue. L'art doit donc intervenir, et c'est à la chirurgie à agir, mais seulement quand il y a urgence reconnue par suite des désordres compromettants qui existent.

Les kystes intra-péritonéaux, comme tous les autres, ne peuvent être guéris que par l'évacuation de leur contenu et l'oblitération de la poche. Il faut donc donner issue d'abord à cette matière, il faut donc ponctionner ou ouvrir largement le kyste ; telle est la première indication. Mais, pour remplir cette indica-

tion, des conditions essentielles doivent exister. Ainsi, il faut que la poche ait acquis des adhérences avec l'un des points de la paroi abdominale. Dans ce cas, on pourra porter sans crainte l'instrument dans la cavité. Dans le cas contraire, toute tentative doit être prohibée. En effet, à mesure que la poche se viderait, les parois, en se retirant, laisseraient entre elles et celles de l'abdomen, un espace dans lequel s'épancherait bientôt non-seulement du liquide du kyste, mais encore de l'air extérieur qui pourrait s'insinuer par l'ouverture cutanée, et alors on s'exposerait à une péritonite d'autant plus redoutable. De ce que la poche se déchire quelquefois et donne lieu au même accident qui finit par disparaître, on n'est pas autorisé à s'exposer à le provoquer avec préméditation. Cette conduite ne serait ni sage ni logique.

Quand la poche n'a pas contracté adhérence avec les parois abdominales, et que le développement de la tumeur met presque dans la nécessité absolue de tenter l'opération, il faut alors chercher à provoquer artificiellement ces adhérences. Ici se présentent deux procédés : l'un est dû à M. Récamier, l'autre à notre illustre chef, M. Bégin (1).

Le premier veut qu'on applique une traînée de potasse caustique sur la portion des téguments de l'abdomen, qui doit supporter, plus tard, l'action du trois-quarts ou du bistouri. Quand une première escarre est formée, on cherche à la détacher, pour faire une seconde application de caustique, et produire une seconde escarre plus profonde. Ordinairement celle-ci arrive sur les couches les plus profondes, entame le péritoine pariétal. L'inflammation qui se développe autour de cette dernière escarre gagne, d'habitude, jusqu'à la portion tangente du kyste. Par suite de cette inflammation, il s'établit des adhérences entre cette portion et la plaie péritonéale. Au bout de quinze jours à trois semaines, les adhérences sont assez solides pour ne pas permettre le retrait de cette portion de la poche une fois vidée. On n'a donc aucun accident de péritonite consécutive à craindre, quand on évacue le kyste par une ponction ou une incision faite sur le sac, à travers la plaie résultant de l'escarre.

(1) *Mémoire sur l'ouverture des collections de liquides purulents ou autres développées dans la cavité de l'abdomen.* (Journal universel hebdomadaire de médecine, Paris, 1830, t. I, p. 417.)

Le procédé de M. Bégin nous paraît incontestablement plus simple et plus sûr ; il a réussi, du reste, à l'auteur; le voici :

M. Bégin fait, au lieu d'élection, une incision qui embrasse toute l'épaisseur des téguments de l'abdomen ; il dissèque avec soin, et couche par couche, toutes les parties sous-jacentes, jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur le péritoine pariétal. Il ponctionne ensuite celui-ci, puis, introduisant une soude canelée par cette ouverture, il incise la membrane dans une certaine étendue, un centimètre et demi à deux centimètres. La paroi correspondante du kyste vient aussitôt s'appliquer sur les lèvres de cette dernière incision, comme pour vouloir faire hernie ; elle l'obture entièrement. On panse la plaie avec de la charpie sèche, comme une plaie ordinaire, en ayant soin de tenir écartées, au moyen de mèches superposées, les lèvres de la plaie cutanée, cellulaire et musculaire.

Les autres opérations qu'on a proposées pour la cure des kystes intra-péritonéaux, telles que séton, acupuncture, etc., ne méritent pas même qu'on les mentionne.

M. le docteur Rambaud a proposé un instrument ingénieux pour obtenir l'adhésion du kyste avec les parois péritonéales. Il consiste en l'addition, à la canule du trocart ordinaire, d'une sonde-canule externe, divisée, non loin de son extrémité, en quatre branches articulées. Le trocart ainsi disposé, étant plongé dans l'abdomen, la canule externe, poussée en avant, fait développer, à l'instar d'un parapluie, les quatre branches qui viennent s'appliquer contre la paroi interne du kyste, de manière à la tenir adossée contre le feuillet pariétal du péritoine, afin de provoquer l'adhésion de la surface externe du kyste avec ce feuillet.

M. Jobert a proposé de laisser la canule du trocart en place pendant quelques heures, après la ponction, dans le même but de déterminer des adhérences.

Cette manière d'agir serait tout à fait impuissante pour le but que se propose l'auteur ; et l'appareil de M. Rambaud ne peut, quant aux effets à obtenir, supporter la comparaison avec les procédés de M. Récamier et de M. Bégin.

C'est à celui-ci que nous conseillons de recourir; car, nous l'avons vu nous-même parfaitement réussir dans deux circonstances où nous l'avions conseillé à des confrères, et nous savons

qu'il a atteint son but entre les mains de divers opérateurs.

Le malade doit être tenu dans la plus grande immobilité pendant quelques jours, qui suffisent à la production de brides pour maintenir la portion de la poche kystique en contact avec les bords de la plaie.

Quand, par un procédé ou par l'autre, on a obtenu les adhérences nécessaires, le kyste doit être vidé. Il est important alors de bien connaître son contenu. A-t-on affaire à un kyste purement séreux? la ponction avec le trois-quarts est suffisante pour le vider complétement. S'agit-il, au contraire, d'un kyste hydatique ou même purulent? il faut inciser avec le bistouri : dans le premier cas, pour pouvoir évacuer toutes les hydatides; dans le second, pour faire sortir toutes les parties purulentes, dont quelques-unes peuvent être concrètes ou forment des flocons. Une injection de lavage devient ici nécessaire pour arriver au but.

Mais en supposant qu'on soit arrivé à vider entièrement la poche, et cela sans accident, la cure est-elle obtenue pour cela? dans quelques cas, pourtant les plus rares, cela peut arriver; dans d'autres, le liquide se reproduit, et non-seulement il se reproduit, mais il survient souvent une inflammation des parois du sac : cette inflammation, pyogénique la plupart du temps, loin de tendre à la guérison du kyste, détermine des accidents mortels, tels que l'infection purulente.

Il reste donc quelque chose à faire, quand on a évacué la poche, autant pour provoquer son oblitération que pour éviter la suppuration de ses parois.

Maintenant que les effets des injections d'iode nous sont parfaitement connus, nous admettons qu'il faut les employer dans ce cas comme remplissant les deux fins. En effet, en provoquant une inflammation plastique, si nous pouvons ainsi parler, elles tendent à procurer l'adhésion des parois et empêchent l'inflammation suppurative.

Une seule injection ne serait quelquefois pas suffisante pour des surfaces aussi étendues. Il faudrait donc y revenir une seconde, une troisième fois, suivant les cas.

Déjà en rendant compte, dans la *Gazette des Hôpitaux*, de notre observation du kyste hydatique périhépatique, que nous avons rapportée tout à l'heure, nous disions que les injections d'iode

auraient pu être employées avec avantage dans un certain moment.

Quand on connaît la manière dont se constituent les parois des kystes, l'épaisseur souvent considérable qu'elles acquièrent, on n'a rien à redouter, pour les organes voisins, de la part de cette inflammation qu'on développe à leur surface interne par les injections iodées.

Tous les médecins savent que les chirurgiens anglais et américains ne craignent pas, quelquefois, d'ouvrir largement le péritoine pour aller extirper une tumeur kystique des ovaires ou autre. Ces éventrations ne sont pas encore du goût de la chirurgie française, qui les taxe d'excentricités plus ou moins justifiables. Nous n'osons nous prononcer sur de pareilles tentatives. Cependant les succès assez nombreux dont elles ont été couronnées pourraient bien enhardir dans quelques cas désespérés. La *Gazette médicale* du 20 mai 1852, rapporte encore une opération semblable due au docteur Peaslee, par laquelle les deux ovaires furent enlevés. Cette observation, empruntée au *Journal the american of the medical sciences*, a trait à une jeune dame qui portait un kyste ovarique énorme. Une ponction exploratrice avait donné issue à 26 livres d'un liquide épais, de couleur brune, contenant des grumeaux solides. Au bout de six jours, l'épanchement s'était reproduit : Il n'existait aucun signe d'inflammation péritonéale. Le 21 décembre 1850, M. Peaslee ouvrit largement le ventre, par une incision partant de deux pouces au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic, qui divisa les téguments jusqu'au pubis. Le péritoine fut incisé dans l'étendue de six pouces. Le kyste fut évacué par une large incision; puis, comme il ne tenait que par des adhérences de deux pouces au côté gauche de l'utérus, on passa une double ligature à la base du pédicule qui fut excisé ensuite. Un kyste du volume d'un œuf de poule s'était développé également dans l'ovaire droit. Il fut extirpé par le même procédé. Le 19 novembre suivant, la malade était complétement guérie, et avait pu prendre part à un bal.

L'incision pure et simple des kystes intra-péritonéaux doit être encore plus sévèrement proscrite que l'extirpation. En effet, quoique sur quinze cas réunis par M. Maisoneuve, cette opération n'ait causé la mort que deux fois, ce qui montre évidemment

qu'on n'a cité là que les cas heureux, l'incision a le désavantage de laisser subsister la poche kystique dont l'inflammation suppurative expose aux accidents les plus redoutables. Si l'extirpation est effrayante par la large ouverture de la cavité péritonéale, au moins, une fois les dangers qui en sont la conséquence passés, il ne subsiste plus de tumeur qui puisse, par elle-même, causer des accidents mortels : et à cause de cela, dans les cas extrêmes, il vaudrait peut-être mieux extirper qu'inciser purement et simplement le kyste.

IIe DIVISION. — Kystes abdominaux extra-péritonéaux.

Contenus dans l'épaisseur des parois abdominales, ces kystes sont placés à la limite des prolongements péritonéaux, et ne sont que simplement adossés à cette membrane. Ces tumeurs ne peuvent figurer parmi les intra-péritonéales : elles ne pouvaient non plus être classées, à la rigueur, parmi celles des parois abdominales ; nous les rangeons à la suite des premières.

Nous partageons ces productions enkystées, sous le rapport de leur fréquence, en celles qui siégent sur la paroi antérieure de la cavité abdominale, sur la postérieure, sur la paroi inférieure, et celles, enfin, qui ont domicile sur la paroi supérieure.

§ I. — Kystes de la paroi antérieure.

Parmi les kystes de la paroi antérieure, il est une variété qui se présente avec des caractères si saillants, qu'elle a été décrite comme une maladie à part sous le nom d'hydropisie enkystée du péritoine.

Il importe, dans l'état actuel de la science, de relever une pareille erreur, et de restituer aux kystes toutes ces collections liquides contenues dans des poches spéciales appartenant à la paroi abdominale, que la poche soit ou non en contact avec le péritoine.

La nature de ces tumeurs enkystées est variable : tantôt le contenu est un liquide séreux, tantôt il est constitué par des hydatides : parfois leurs parois ne présentent que leurs altérations spécifiques, propres ; d'autres fois, parois et contenu se trouvent altérés.

Citons quelques exemples de ces variétés :

XIe OBSERVATION. — KYSTE DES PAROIS DU VENTRE CONSTITUÉ PAR UNE HYDATIDE SOLITAIRE.

Une boulangère, âgée de 50 et quelques années, grasse, bien portante, mère de plusieurs enfants, avait senti, douze ans auparavant, dans l'aine droite, une tumeur à peine grosse comme un pois, et à peine douloureuse. Au bout de deux ans, la tumeur avait acquis, par des progrès lents et insensibles, la grosseur d'un œuf de poule. A cette époque, Degner jugea à propos de n'y rien faire. La malade supportait la gêne et la douleur causées par cette tumeur avec patience, et se livrait aux soins de son ménage. La tumeur acquit un tel volume, qu'elle avait deux travers de main en longueur et trois en épaisseur ; l'abdomen était peu soulevé. Mais le poids de la tumeur qui couvrait les parties de la génération et les cuisses incommodait beaucoup la malade et la gênait pour marcher, s'asseoir et même rester couchée.

Vers la fin de la douzième année, la partie inférieure de la tumeur s'enflamma, causa de vives douleurs. Malgré l'emploi de cataplasmes, au bout de quelques jours, il s'y fit une large crevasse et il en sortit une énorme quantité de liquide clair. Après la sortie complète de ce liquide, une membrane blanche pendait par la plaie. Après un examen attentif, Degner, ayant reconnu que ce n'était pas une anse intestinale, saisit cette membrane ; et, s'apercevant qu'elle suivait la main, il l'attira et vit avec surprise que c'était un sac membraneux de l'épaisseur du petit doigt, semblable à une vessie de bœuf, et n'ayant d'ouverture qu'à l'endroit de la rupture.

La cavité qu'occupait le kyste aurait facilement logé la tête d'un homme : partout les parois de cette cavité étaient lisses ou calleuses, excepté dans un endroit, où l'on apercevait les muscles abdominaux, déjà en partie couverts d'une cicatrice. Les parois de cette large excavation s'affaissèrent, les parties revinrent sur elles-mêmes, et la plaie fut guérie en dix semaines. Degner avait eu soin de faire coucher la malade sur le ventre, pour faciliter l'écoulement de la sérosité que fournissait cette cavité (1). Il

(1) *Act. nov. cura*, vol. V, obs. 2.

paraît à peu près certain que Degner, auteur de cette observation, ne s'est pas douté, dans cette occasion, de la nature de la poche, qui, suivant toute apparence, était constituée par une hydatide solitaire.

L'observation rapportée par M. Chantourelle (1) paraît, au contraire, offrir l'exemple d'un simple kyste séreux. La voici en substance : Une femme, de 40 ans environ, reçut un coup sur les parois abdominales, et vit, en moins de huit mois, se développer une tumeur située entre les régions ombilicale et hypocondriaque gauche. La tumeur fut ponctionnée au moyen du trois-quarts, donna issue à deux livres de liquide albumineux, inodore, transparent, limpide et d'une belle couleur de citron. L'inflammation s'empara du sac, entraîna la suppuration et la mort de la malade. Il n'y eut pas d'autopsie.

D'après Médiana, Morgagni rapporte dans sa 38e observation, § 51, deux cas de kystes dont parois et contenu se trouvaient altérés. Dans le premier, quand on incisa les muscles de l'abdomen, il s'échappa une grande quantité d'eau fétide séparée de la cavité abdominale par le péritoine. Après cet écoulement, la seconde tumeur observée pendant la vie se présenta; elle s'était développée sur le péritoine, et elle était composée de deux ou trois grandes espèces de vessies, dont les parois étaient si épaisses, qu'après l'évacuation de l'eau qu'elles contenaient elles ne s'affaissèrent point.

Dans le second cas, la quantité de liquide était de trente livres, et le péritoine présentait une érosion par laquelle partie du liquide s'était épanchée dans le ventre. Cette eau ressemblait à de la lavure de viande; elle était très-fétide, à consistance purulente. Il y avait eu affaissement de la tumeur pendant la vie. Cette tumeur en contenait une seconde adhérente à la paroi antérieure, en outre du liquide. M. Chassaignac, à l'excellente thèse duquel nous empruntons tous ces détails, fait observer que ce cas est controversable, et que son point de départ n'est pas rigoureusement déterminé.

Dans la plupart des cas, on trouve les muscles abdominaux amincis, distendus et altérés dans leur structure.

(1) *Archives générales de Médecine*, t. XXVII, p. 213.

Morgagni cite, à ce sujet, une observation due à J. Achlose et qui paraît être la première de ce genre dans la science.

J. Achlose disséqua, en 1651, une femme chez laquelle il trouva une grande quantité d'eau trouble, semblable à de l'eau de lessive encloisonnée entre les parois du ventre et le péritoine. Le sac, qui avait une ampleur considérable, avait la paroi antérieure constituée par les muscles distendus fortement, amincis et altérés dans leur texture. La paroi postérieure était représentée par une membrane qui couvrait les viscères abdominaux, qui n'apparurent que quand celle-ci fut enlevée.

Boyer a parlé, sous le nom d'hydromphales, de kistes séreux dépendants du tissu cellulaire du péritoine, et qui, d'habitude, se font jour à travers l'ouverture ombilicale ou à son voisinage. M. Chassaignac pense que ces kystes pourraient bien n'être souvent que d'anciens sacs herniaires, comme cela s'observe à la suite de la guérison des hernies.

XXIXe OBSERVATION. — HYDROMPHALE CONSÉCUTIVE A UNE HERNIE.

En 1848, nous avons traité à Ménil-Saint-Blaise, près Givet, une dame de 50 ans, qui, à la suite de sa dernière grossesse datant de 1834, avait vu survenir une hernie ombilicale; cette hernie, d'abord grosse comme un petit œuf de poule, rentrait ou sortait suivant les positions de la malade. Dans le décubitus horizontal sur le dos, elle disparaissait complétement. Pendant deux ans, elle ne fut pas maintenue; elle avait triplé de volume au bout de ce temps. Durant cinq ans ensuite, elle fut maintenue, tant bien que mal, par une ceinture avec une pelote de la largeur de la main.

A la fin de ce temps, comme elle ne se montrait plus quand on enlevait le bandage, la malade se crut guérie et ne prit plus aucune précaution.

Il restait cependant une légère élevure à la peau, élevure oblongue et transversale, au centre de laquelle se trouvait l'ombilic légèrement saillant, au dire du sujet.

Pendant six mois ensuite, la malade ne prit plus garde à sa tumeur, preuve qu'elle n'était pas augmentée. Mais, plus tard, la voyant s'élever et proéminer, elle crut à la sortie de la hernie et remit son bandage. La pelote effaçait la tumeur sur le centre,

mais c'était pour la déjeter circulairement. Pourtant, comme il n'y avait pas de douleur et que peu de gêne, on laissa aller les choses comme cela pendant trois à quatre ans. Plusieurs médecins furent consultés ensuite, et prescrivirent chacun des bandages différents.

Quand la malade se présenta à nous, en 1848, nous constatâmes une tumeur demi-ovoïde, s'étendant obliquement au-dessus et au-dessous de l'ombilic, saillante au point de simuler un dé à coudre renversé. Dans son grand diamètre, cette tumeur pouvait bien avoir 11 à 12 centimètres, et 7 à 8 dans son diamètre transverse. Elle devenait plus saillante quand la malade était debout ou assise, et s'affaissait en partie quand elle était couchée sur le dos.

Nous exerçâmes diverses manipulations avec nos deux mains pour chercher à la réduire ; nous ne parvenions qu'à la déprimer plus ou moins pour la voir revenir aussitôt que la pression cessait. Elle était, du reste, complètement indolore et ne suscitait aucune gêne. En la circonscrivant, d'un côté, avec la paume d'une main, et percutant avec un doigt de l'autre main sur le côté opposé, nous percevions assez distinctement une ondée fluctuante. Nous pensâmes à un kyste, que le commémoratif nous fit rapporter à un vieux sac herniaire oblitéré à son col ; nous conseillâmes seulement quelques précautions à prendre.

Cette variété de kystes dus à la même cause, s'observe assez fréquemment sur les chevaux.

M. Chassaignac croit qu'on les voit survenir aussi bien sur l'homme que sur la femme ; tandis que les kystes extra-péritonéaux, désignés, par les auteurs, sous le nom d'hydropisie du péritoine, ont été observés bien rarement chez l'homme, en sorte qu'on pourrait presque dire qu'ils se rencontrent exclusivement chez la femme.

Morgagni attribuait à l'action du corset, chez la femme, cette prédisposition de sa part. Comme c'est surtout à l'âge de 30 à 35 ans que les femmes en sont atteintes, on a voulu faire jouer aussi un rôle aux grossesses multiples. On a encore remarqué que des coups ont précédé le développement de ces kystes ; mais cette cause semble d'une bien mince valeur en présence de tant de coups reçus et de si peu de kystes apparus.

Symptômes, marche, durée, terminaison. Quoi qu'il en soit, au début, c'est une tumeur le plus souvent unique, dure, circonscrite, indolore ou accompagnée d'une légère douleur sourde, avec un peu de tension à la partie, qui apparaît. La peau ne change pas de couleur.

Cette tumeur grossit souvent avec lenteur, gagnant de proche en proche et devenant élastique. Elle peut acquérir un tel volume, qu'elle envahisse toute la paroi antérieure du ventre, conservant une surface lisse, ayant une forme arrondie comme dans l'ascite.

Quand elle est circonscrite, on peut la mouvoir transversalement, engager les doigts par derrière, l'attirer en partie en avant, lui imprimer des mouvements de demi-rotation ou de latéralité, ce qui permet de l'isoler des viscères abdominaux.

La fluctuation est ordinairement tardive, partielle ; car il n'est pas étonnant, ni rare de voir dans des kystes multiloculaires, des poches sans liquide, d'autres à contenu demi-liquide ou semi-consistant. Mais à mesure que la tumeur fait des progrès, la fluctuation y devient de plus en plus sensible.

Ces tumeurs sont le plus ordinairement sans inconvénients pendant des années. Il n'y a qu'une certaine gêne par le poids et le volume, et quelquefois par les douleurs dont elles sont le siége. L'anasarque ne survient que quand elles ont acquis un volume considérable. Cette anasarque débute et reste presque toujours limitée aux extrémités inférieures, par suite de la compression des vaisseaux cruraux ou iliaques. Plus tard, il survient une fièvre hectique avec amaigrissement, gêne de la respiration, douleurs abdominales; les malades finissent alors par succomber par suite de dégénérescences et inflammations consécutives, ajoutées à la distension et à la pression continue des parois et des viscères abdominaux.

Diagnostic. Ces tumeurs sont fort rares, et leur diagnostic est souvent difficile. Quand il s'agit de celles désignées, par Royer, sous le nom d'hydromphales; le siége spécial, la mollesse, la transparence, l'indolence, et la non-redructibilité ou le peu de diminution, comme la fluctuation, sont capables de les faire diagnostiquer. On ne pourrait guère les confondre qu'avec la tumeur formée par le liquide d'une ascite, dont partie se serait

échappée à travers une éraillure péritonéale, pour devenir sous-cutanée. Mais ici, la réduction de la tumeur, ou au moins la sensation de l'éraillure du péritoine au palper, font éviter l'erreur.

Quand la tumeur siége sur une autre portion de la paroi abdominale, le diagnostic varie suivant son volume. Peu volumineuse, elle pourrait être prise pour un abcès ou toute autre tumeur. L'absence de fièvre, de douleur, de chaleur, de changement de couleur à la peau, éloignent de suite de l'idée de l'abcès chaud.

Quant à l'abcès froid, elle s'en distingue encore par la conservation de la santé à travers sa marche lente et progressive, par son isolement et sa mobilité au milieu des parties voisines non empâtées, par l'absence ou l'obscurité de la fluctuation à cette période, et la non-existence de la fièvre et des frissons, à moins de complication.

On a beaucoup plus de peine à la distinguer des autres tumeurs de la paroi abdominale, telles que lipôme, stéatome, qui ont aussi une marche chronique. Mais, outre qu'à cet âge elle est plus douloureuse que celles-ci, elle peut offrir quelques caractères particuliers, tels que la crépitation amidonnée, le frémissement hydatique, quand elle est constituée par des acéphalocystes.

Les tumeurs cancéreuses ont des douleurs spéciales, une configuration bosselée, souvent une dureté distinctive, qui, avec le commémoratif, sont suffisantes pour empêcher de les confondre avec le kyste qui nous occupe. A une époque très-avancée, quand la tumeur a envahi toute la paroi antérieure du ventre, elle peut être prise pour une ascite ou pour une hydropisie de l'ovaire.

Impossible de la confondre avec l'ascite si l'on sait percuter; car, dans celle-ci la matité est sur les côtés et à l'hypogastre, le malade étant couché sur le dos, tandis que le son intestinal est autour de l'ombilic, se prolongeant jusqu'à l'épigastre. Dans la tumeur kystique, au contraire, le son intestinal se trouve au-dessous, en dehors d'elle, et la matité sur ses parties saillantes. Dans l'ascite, il y a ondulation fluctuante d'un point à l'autre, au choc du doigt, et cela dans tous les points. Dans le kyste, il y a des points, ceux qui lui sont inférieurs, où on ne saurait

produire cette ondée. Ensuite, l'état général, souvent dégradé dans l'ascite, contraste avec celui qui existe concurremment avec le kyste et qui est la plupart du temps bien conservé. Il est beaucoup plus difficile de le distinguer de l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Ici, M. Récamier emploie une manœuvre qui a quelque valeur. Il fait déprimer par un aide, avec le bord cubital des deux mains, la ligne médiane du ventre, et cherche, pendant cette manœuvre, à percevoir la fluctuation d'un côté à l'autre de l'abdomen. Si le liquide est situé dans les parois abdominales, la fluctuation n'est pas perçue, tandis qu'elle persiste dans l'épanchement intrapéritonéal.

On peut tirer aussi quelques lumières de la situation du col utérin dans ces cas. En effet, les tumeurs enkystées de l'ovaire entraînent et dévient quelquefois le col, ce qui ne saurait avoir lieu quand la tumeur est située dans les parois abdominales. Disons enfin que le siége du liquide peut rester absolument inconnu pendant la vie pour ne se révéler qu'à la mort.

Pronostic. Ces kystes peuvent durer pendant de nombreuses et très-nombreuses années sans compromettre la vie, sans même gêner les fonctions des organes avoisinants. C'est ainsi qu'on a vu des femmes accoucher sans accidents, quoique portant des kystes pareils. D'autres fois, ils peuvent, à une certaine époque, gêner les fonctions génératrices, suspendre les règles, empêcher ou entraver la miction urinaire, la défécation, donner lieu à des vomissements rebelles. Toutes ces circonstances leur impriment plus de gravité. Les complications diverses, les dégénérescences, squirrheuses ou autres, dont ils peuvent s'accompagner, ajoutent également à leur importance pathologique. Pour les porter longtemps sans danger apparent, ou même sans incommodité marquée, les malades finissent cependant presque toujours par succomber, soit par suffocation, par épuisement, émaciation, marasme, soit par l'inflammation de la poche, des viscères abdominaux, et de toutes ses conséquences. La rupture peut entraîner une guérison spontanée, mais ces cas sont rares.

Comme dans toutes les autres tumeurs enkystées du restant de l'économie, quand elles sont d'un volume très-peu considérable, à parois peu épaisses, à contenu séreux, et qu'elles ne datent pas de loin, le pronostic présente bien moins de gra-

vité par la possibilité de la résorption du contenu et de l'oblitération de la poche.

Traitement. Ces kystes sont du nombre de ceux que l'on doit autant que possible regarder marcher sans les attaquer avec l'instrument tranchant, à moins de nécessité absolue par suite d'accidents promptement mortels qu'ils peuvent susciter.

A leur début, les saignées générales et locales pourraient peut-être avoir une action salutaire pour entraver leur marche ; cela ne nous paraît cependant nullement démontré. Les applications froides, styptiques, résolutives, astringentes, accompagnées de la compression, si la tumeur était superficielle, semblent avoir plus d'action pour arrêter le développement et même en procurer la résolution. Il ne faut pourtant pas se faire trop d'illusion à cet égard; car, en général, ces tumeurs suivent leur marche habituelle. L'expectation est donc le plus sage parti à prendre, quand ces derniers moyens ont paru insuffisants ou même ont semblé favoriser le développement. Toutes les médications internes ne sauraient avoir la moindre prise sur elles ; on doit les tenir en réserve pour combattre certaines complications comme certains accidents auxquels leur présence pourrait donner lieu.

Nous avons dit que les opérations chirurgicales étaient loin de guérir dans le plus grand nombre de cas et que souvent elles suscitent des accidents qui précipitent la fin des malades.

Pour être extrapéritonéaux, ces kystes n'en sont pas moins, pour la plupart, adossés à la surface péritonéale externe, ou du moins en contact avec elle par des points plus ou moins nombreux et étendus. Voilà déjà une circonstance de danger pour les opérations qu'on pourrait tenter à leur égard ; car, l'inflammation suppurative qui s'empare consécutivement de ces poches, avec tant de facilité, peut se transmettre alors au péritoine. Par la même raison, l'infection purulente qui est si souvent la suite de leur suppuration, devient d'autant plus active, plus prompte.

Mais encore que la cavité serait séparée du péritoine par des couches plastiques multiples qui ont augmenté l'épaisseur des parois, comme cela arrive souvent : la vaste étendue de la poche, (et ce n'est guère que quand elle est très-volumineuse qu'on serait autorisé à opérer) est une cause de danger, car, tapissée à

son intérieur par une séreuse, elle est éminemment susceptible de s'enflammer.

Et en définitive, quelles sont les opérations chirurgicales qu'on est dans l'habitude de pratiquer dans ces cas? Ce sont la ponction, le séjour d'une canule dans la cavité, l'incision et l'emploi des caustiques.

La ponction ne pourrait avoir chance de guérir que quand les parois sont minces, la tumeur médiocrement volumineuse, et le contenu liquide. On sait avec quelle rapidité le liquide se reproduit une fois évacué. Cette opération, lors même qu'elle jouirait d'une innocuité complète, ne serait donc, dans la pluralité des cas, qu'un palliatif. Mais la ponction peut susciter elle-même un travail inflammatoire dans la poche, si, surtout, elle permet la pénétration de l'air atmosphérique dans son intérieur.

La canule, laissée à demeure dans la cavité, peut en amener l'inflammation et la cure. Mais comme, par ce moyen, on n'est pas maître de donner au travail inflammatoire la tournure qu'on désire, et qu'il peut être aussi bien pyogénique que plastique, la canule peut devenir dangereuse.

Si les parois du kyste sont épaisses, elles ne peuvent revenir facilement sur elles-mêmes pour s'agglutiner : l'incision suivie de la présence d'une bandelette dans la plaie, ou l'emploi d'un morceau de potasse caustique au sommet de la tumeur, paraîtraient alors mieux indiqués.

Mais, outre que ces opérations ne présentent pas toujours des chances favorables de succès, elles exposent grandement aussi à l'inflammation qui peut aller jusqu'à la gangrène, ou s'étendre aux parties voisines, aux viscères abdominaux, et donner enfin lieu à l'infection purulente. Le traitement par les caustiques a, de plus, l'inconvénient d'être éminemment long.

Que si l'on était obligé de recourir à l'une ou à l'autre de ces deux opérations, il conviendrait de bien peser, avant, leurs avantages et leurs inconvénients, en ayant toujours présent à l'esprit qu'on peut enlever une ou plusieurs années d'existence aux malades.

Il est cependant des kystes dont il serait matériellement impossible d'obtenir la guérison, même avec les chances les plus

favorables, sans recourir à une incision préalable, pour vider complétement leur contenu. Tels sont les kystes hydatiques.

Mais on doit se rappeler que ces kystes, quand ils ont un certain volume, donneut souvent lieu, après leur ouverture, et quel que soit leur siége, à une suppuration de mauvaise nature et à l'infection purulente, par suite de l'entrée de l'air dans la poche.

D'après toutes ces considérations, nous nous résumons donc à dire que le médecin ne doit tenter une opération que *in extremis,* c'est-à-dire quand la vie du malade lui paraît immédiatement compromise par la présence de la tumeur. Nous rejetons la ponction pure et simple, même comme palliative, parce qu'elle ne peut guérir et qu'elle peut exposer à des accidents graves. Nous ne voudrions pas qu'on recourût aux autres opérations parce que leurs avantages nous paraissent au-dessous des dangers auxquels elles exposent.

Nous ne voyons donc franchement qu'une méthode opératoire utile, c'est la ponction évacuatrice suivie d'injections iodées. Si les parois du kyste sont minces, l'inflammation suscitée par cette méthode, étant toute plastique, peut en déterminer l'oblitération. — Si les parois sont épaisses, elle peut encore à la rigueur déterminer le même résultat, si on a soin de répéter les injections à diverses reprises et à fur et mesure que la poche se rétrécit. En tout cas, nous pensons que c'est un puissant moyen de prévenir ou de corriger l'inflammation suppurative.

Quand le kyste contient des hydatides ou d'autres corps solides, il doit être ouvert par une incision, pour l'évacuer complétement; et c'est par cette ouverture que les injections doivent être faites, en suivant les règles que nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion d'indiquer pour les injections iodées dans les cavités closes.

§ II. — Kystes de la paroi postérieure.

Toute tumeur située dans cette partie des parois abdominales, mais en dehors du péritoine, devient rarement accessible sans exposer cette membrane. Les os, s'opposant là à sa marche vers l'extérieur, la font refluer dans l'abdomen. Dès lors elle

devient, pour les indications à remplir, analogue aux tumeurs intrapéritonéales.

Cependant il peut se faire que la tumeur fuie sur la surface d'un os qui lui sert de barrière, et que, se développant en poussant dans l'abdomen, elle vienne, par un prolongement, faire saillie sur un point des parois, tout en restant en dehors du péritoine. Telles sont certaines tumeurs que l'on voit poindre vers le rebord iliaque, aux environs des épines de cet os. Située d'abord profondément dans la fosse iliaque interne, et sous-péritonéale, la tumeur trouve une résistance, du côté de la cavité abdominale, de la part des intestins et des mésentères; elle gagne alors en dehors pour venir aboutir aux points indiqués. Il n'est pas rare de voir des abcès froids, profonds et enkystés, suivre cette marche. Pour notre compte, nous en avons fréquemment rencontré dans notre pratique. C'est alors une petite saillie, dure, sans fluctuation, qu'on voit apparaître. On ne peut préciser en ce moment à quel genre d'affection on a affaire. A une époque plus avancée, quand la tumeur a acquis un peu plus de volume, il survient à sa surface et à son pourtour un empâtement cutané, indolore, sans rougeur, qui commence à donner quelques présomptions. Il n'y a encore aucune fluctuation bien appréciable. Plus tard, la peau s'amincit à sa partie proéminente; le contenu de la poche a gagné vers l'extérieur, et une fluctuation plus ou moins distincte annonce la présence du liquide.

Il est rare qu'alors il ne survienne des frissons, de la fièvre, caractère qui, joint à la fluctuation et au commémoratif, devient suffisant pour faire diagnostiquer l'abcès profond et enkysté. Ces abcès doivent être vidés par une ponction sous-cutanée; et si la poche se remplit encore, il faut, après l'avoir évacuée de nouveau, recourir aux injections d'iode. La pratique de beaucoup de chirurgiens, celle de M. Boinet et la nôtre attestent suffisamment que c'est là le moyen éminemment curatif, et à peu près toujours exempt de danger. Cependant, nous devons encore conseiller de vider ces abcès par la succion, au moyen des instruments de M. Jules Guérin. La succion est quelquefois suffisante, à elle seule, pour développer cette inflammation adhésive nécessaire à la cure, et, en bonne logique, ce n'est qu'après l'avoir essayée vainement qu'on devrait recourir aux injections iodées.

§ III. — Kystes des parois inférieures.

Ces parois sont, plus rarement que l'antérieure, le siége de kystes à contenu séreux, ou hydatique : cependant on peut les y observer. Les kystes purulents y sont bien plus fréquents. Nous ne nous arrêterons sur aucune de ces variétés qui, sauf l'actualité de la situation, ne présentent aucun intérêt spécial pour mériter une description en dehors de tout ce que nous en avons dit pour les autres régions. Mais nous devons consacrer quelques pages à un genre éminemment intéressant, l'hématocèle rétro-utérine, et aux kystes qui se montrent quelqnefois dans la vessie et dans la cavité de l'utérus.

1° Hématocèle rétro-utérine.

Il est un kyste de la cavité abdominale qui mérite de fixer notre attention de la manière la plus formelle, parce qu'il n'a été bien connu que tout récemment, et parce qu'il compromet fort souvent l'existence des femmes qui en sont atteintes. Nous voulons parler d'un kyste hématique qui se forme quelquefois dans le petit bassin, entre le rectum d'une part et l'utérus et la vessie de l'autre. C'est à M. le professeur Nélaton qu'on doit l'histoire de ce kyste qu'il dénomme hématocèle rétro-utérine. C'est à cet auteur que nous empruntons tout ce que nous allons dire à son sujet.

Avant M. Nélaton, l'hématocèle rétro-utérine avait été rencontrée quelquefois, mais elle n'avait jamais été bien étudiée; par conséquent on en connaissait fort peu les caractères anatomiques comme les symptômes, et le traitement était loin d'être posé d'une manière définitive.

L'hématocèle rétro-utérine est un épanchement sanguin qui se fait, le plus souvent, dans le cul-de-sac péritonéal qui tapisse le petit bassin, ou dans le ligament large : cet écoulement sanguin a lieu par l'une des trompes; le liquide vient s'accumuler dans ce cul-de-sac en refoulant le rectum en arrière, et la paroi postérieure de l'utérus en avant et en haut. Amassé, en quantité plus ou moins grande, le liquide ne constitue jusque-là qu'un épanchement. Mais bientôt sa présence occasionne une inflamma-

tion plus ou moins vive sur les surfaces avec lesquelles il est en contact. Cette inflammation donne lieu à des produits pseudo-membraneux qui, de la face antérieure du rectum, au niveau de la partie supérieure du sacrum, vont s'adosser à de semblables produits formés sur la paroi postérieure de l'utérus, en ayant pour paroi supérieure le péritoine des intestins grêles refoulés en haut. Il s'établit là un véritable pont, une voûte au-dessus de laquelle passe le corps de la matrice refoulé en haut, au-dessus du petit bassin et en avant (1). Cette voûte pseudo-membraneuse finit par se consolider par l'épaississement et la condensation des fausses membranes, et ainsi est constitué le kyste.

Son contenu est composé de sang qui reste parfois à l'état liquide, et d'autres fois se transforme en partie en caillots et en partie reste liquide. C'est une hématocèle à contenu tout à fait liquide que M. Velpeau opérait, en 1841, par les injections iodées, chez une jeune dame dont nous avons rapporté l'histoire dans notre mémoire sur les injections d'iode, pages 45 et 46, et dont il obtint la cure radicale.

L'hématocèle rétro-utérine est une affection fort sérieuse qui compromet toujours gravement la santé des malades, et qui se termine assez fréquemment d'une manière funeste. D'après M. Nélaton, la guérison spontanée a lieu aussi souvent qu'après l'opération. C'est ainsi que, sur quatre cas opérés, la terminaison par la mort a eu lieu une fois. Sur six cas traités par l'expectation, il y a eu cinq guérisons et une mort.

Nous laissons faire au savant professeur la description de la symptomatologie et de la marche de cette affection (2).

« Elle commence le plus souvent par des troubles de la menstruation. Ces troubles, du reste, sont loin d'être constamment les mêmes, ils sont très-variés. Ainsi, tantôt c'est un retard des

(1) Dans un cas que M. Malgaigne opérait en 1850 à l'hôpital Saint-Louis, et où il croyait avoir affaire à un corps fibreux de l'utérus, ce chirurgien vit s'écouler une quantité considérable de sang noir visqueux et filant. Vidant ensuite la tumeur, il put retirer, avec une cuillère ordinaire deux livres environ de caillots sanguins, dont quelques-uns assez durs et siégeant à la périphérie. Ces caillots paraissaient surtout formés de fibrine condensée.

(2) Nélaton, *Leçons sur l'hématocèle rétro-utérine.* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 déc. 1851.)

règles, tantôt une suspension complète, quelquefois une abondance extrême, qui peut même constituer une véritable perte. Quelquefois, sans que les règles soient très-abondantes, elles se prolongent pendant un espace de temps indéfini et même pendant tout l'intervalle d'une époque à l'autre. Dans quelques cas enfin, les règles reparaissent à intervalles inégaux, et constituent de véritables pertes. Ce sont là, en quelque sorte, des phénomènes précurseurs. Puis tout d'un coup l'écoulement sanguin se supprime, les malades sont prises de malaises, d'accidents généraux graves qui les forcent à garder le lit. Elles ressentent d'abord des douleurs vives dans le bas-ventre, puis de là ces douleurs s'irradient vers le rectum, la vessie et surtout les reins. En même temps le ventre se développe, devient volumineux, tendu ; il est très-douloureux à la plus légère pression; les mouvements que peuvent faire les malades réveillent rapidement les douleurs ou les exaspèrent : aussi gardent-elles le repos absolu. L'exploration par le palper abdominal serait impossible à cette période aiguë. Des troubles inquiétants se déclarent alors du côté des voies digestives; il y a perte complète de l'appétit; la malade est même tourmentée par des nausées, des vomissements bilieux plus ou moins abondants, mais qui, le plus souvent, ne sont pas très-opiniâtres. Les selles sont tout d'abord très-difficiles, ainsi que la miction. Outre cet état local, les malades ont des frissons, une fièvre assez forte; le pouls varie entre quatre-vingt-dix et cent pulsations, et peut aller au delà; le plus souvent il est petit, peu développé, la soif vive, la face pâle, mate, anxieuse; les traits sont altérés, la peau est partout pâle, mate, comme chez les sujets qui ont éprouvé des pertes de sang abondantes; les muqueuses sont décolorées, les chairs flasques et molles. Pendant les premiers jours, il y a souvent une céphalalgie marquée.

Les douleurs abdominales ont beaucoup diminué, ou plutôt changé complétement de caractère; au lieu de ces douleurs vives, aiguës, lancinantes, s'irradiant vers la vessie, le rectum, les reins, que la plus légère pression, le plus léger attouchement augmentent, les malades éprouvent plutôt des douleurs sourdes, un sentiment de compression, de pesanteur sur le fondement : il leur semble qu'un corps pesant, placé dans le petit bassin,

tend incessamment à s'échapper quand elles font quelques mouvements dans leur lit. La pression est alors peu douloureuse, et l'on peut examiner les malades sans les faire trop souffrir. En même temps les symptômes graves qui s'étaient montrés du côté des voies digestives cessent : les nausées, les vomissements disparaissent; quelques jours après l'appétit se réveille, mais il reste peu développé pendant assez longtemps. Quant à la difficulté de la déféeation, elle ne fait qu'augmenter, et la constipation devient des plus opiniâtres; elle résiste souvent à l'emploi des purgatifs et surtout des lavements; ces derniers même, le plus souvent, ne peuvent être pris par les malades. Sitôt, en effet, qu'il est entré une petite quantité de liquide dans la partie inférieure du rectum, si vous en poussez une nouvelle portion, les parois de l'intestin réagissent et le liquide sort entre la canule et les parois de l'anus. La miction reste également très-difficile, souvent même on peut être forcé de sonder les malades; d'autres, au contraire, sont forcées d'uriner très-fréquemment, quelquefois toutes les demi-heures, ou même tous les quarts d'heure.

L'état de compression du rectum et de la vessie, par la tumeur contenue dans le petit bassin, explique suffisamment les symptômes qui se passent du côté de ces deux organes. En même temps l'abdomen s'est un peu affaissé; il est un peu moins volumineux, la pression n'y réveille qu'une légère douleur. Assez souvent alors les malades en y portant par hasard leur main, y sentent une tumeur plus ou moins volumineuse, dont le relief est même quelquefois appréciable à l'œil dans la région hypogastrique.

Si alors le chirurgien vient à pratiquer le toucher par le vagin, il rencontre, à peu de distance de l'orifice vulvaire, une tumeur du volume d'un œuf de poule, faisant une saillie arrondie dans la cavité de cet organe. La paroi postérieure est fortement repoussée en avant, accolée à l'antérieure, et le tout appliqué contre le symphyse des pubis, de telle sorte que la cavité du vagin est complétement effacée dans ses deux tiers supérieurs. Cette compression n'est pas telle cependant que le doigt ne puisse s'insinuer entre les deux faces accolées de l'organe et atteindre le col de l'utérus. On reconnaît alors que cet organe a subi un mouvement de locomotion qui l'a porté en haut et en avant,

vers l'ombilic et la paroi abdominale antérieure, contre laquelle je l'ai vu étroitement maintenu et parfaitement reconnaissable par le palper abdominal, au-dessus de la symphyse du pubis. Souvent, en même temps que ce mouvement de locomotion, l'utérus a éprouvé une certaine déviation dans les axes, et on peut le rencontrer soit à droite, soit à gauche de la ligne médiane. Quant au col, il est à l'état normal, les lèvres présentent leur état de mollesse, de souplesse habituelle. La lèvre postérieure a souvent disparu par le fait de la distension de la paroi postérieure du vagin et se continue avec elle.

Le toucher par le rectum fait connaître des symptômes analogues. Ainsi cet organe est refoulé dans la concavité du sacrum, ses parois sont appliquées l'une à l'autre à tel point que le doigt s'y trouve pressé. Le résultat de cette double exploration par le vagin et le rectum est donc parfaitement concluant; il nous montre l'existence d'une tumeur développée dans le cul-de-sac péritonéal placé entre ces deux organes et les refoulant l'un avant contre les pubis, l'autre contre le sacrum.

Du côté de l'abdomen, le palper fait reconnaître une tumeur occupant la région pelvienne supérieure; elle présente le volume d'un œuf de poule, d'une orange, quelquefois plus petite, quelquefois plus volumineuse. Dans un cas, nous l'avons vue soulever la paroi abdominale, et s'étendre presque jusqu'à l'ombilic. Dans ce cas même une personne, qui, il est vrai, n'avait pas une grande habitude de voir des malades, prétendit que la tumeur siégeait dans la paroi antérieure de l'abdomen. Pour trancher cette question, nous engageâmes la malade à faire un effort, et la tension des muscles fit disparaître la bosselure en la repoussant dans la cavité de l'abdomen. Dans quelques cas, si la tumeur est volumineuse, et si la palpation est faite avec soin, on peut rencontrer l'utérus, facilement reconnaissable à sa forme normale, et faisant relief avec la face antérieure de la tumeur. Le fond, surtout, se détache bien de la tumeur, et en est séparé par un sillon transversal.

Dans l'examen de ces malades, il ne faut point négliger l'emploi du spéculum, il peut être quelquefois d'un certain secours. Ainsi, il peut vous faire distinguer la coloration de la muqueuse du vagin au niveau de la tumeur; dans certains cas, la paroi

qu'elle forme est considérablement amincie, distendue, et peut laisser voir par transparence la couleur du liquide qui forme la tumeur. Dans d'autres circonstances, le sang qui la constitue peut infiltrer les tuniques de cet organe, qui présentera alors une teinte ecchymotique, qui pourra mettre le chirurgien sur la trace de l'altération dont il s'agit.

Quant à la consistance de cette tumeur, bien qu'elle soit constamment formée par du sang épanché, elle est loin d'être toujours la même, et les différences que l'on observe tiennent surtout à l'ancienneté de la maladie. Dans les premiers temps, en effet, à l'époque où la tumeur s'est formée, elle présente toujours une consistance molle et fluctuante qui appartient à tous les épanchements sanguins; et cette fluctuation peut se constater par les moyens ordinaires, mais surtout en exerçant une pression brusque sur la portion de tumeur saillante à l'hypogastre, tandis que deux doigts de l'autre main appuient sur la saillie vaginale de la tumeur. Elle pourrait également se sentir de l'hypogastre au rectum. Je n'insiste pas davantage sur ce sujet.

« Lorsque la tumeur existe depuis plusieurs semaines, au contraire, il peut arriver que le sang s'étant coagulé, et ayant acquis, par le fait même de la coagulation, une consistance plus grande, la tumeur, qui précédemment était fluctuante, cesse de présenter ce phénomène, et offre, au lieu de sa mollesse primitive, une dureté plus ou moins grande.

C'est là ce que nous avons pu observer sur la malade que nous avons maintenant dans nos salles. Lors de son entrée, la tumeur était nettement fluctuante; maintenant la fluctuation n'est plus aussi facilement appréciable, la tumeur a acquis une densité assez grande. Quelquefois, et cela sans que nous puissions en donner une raison bien satisfaisante, il arrive que les épanchements sanguins au sein de nos tissus restent constamment liquides, au moins dans leur plus grande étendue; cela peut aussi se présenter dans l'affection dont nous parlons, et bien souvent, après avoir vu s'écouler, par l'incision que nous avions faite, les matériaux liquides de la tumeur, nous avons été obligé d'extraire des caillots fibreux. Dans ces cas, la fluctuation ne disparaît pas; elle reste seulement plus appréciable en certains points que dans d'autres. »

Diagnostic différentiel. Les maladies ou états normaux ou anormaux qui pourraient être confondus avec l'hématocèle rétro-utérine, sont la grossesse normale, la grossesse extra-utérine, et surtout cette variété dans laquelle l'ovule vient se greffer sur le péritoine du cul-de-sac utéro-rectal, la rétroflexion de l'utérus, les corps fibreux développés dans les corps de cet organe, et même les affections de l'ovaire.

La grossesse utérine régulière présente vraiment des différences trop grandes avec l'hématocèle pour qu'on doive s'y arrêter. Mais, dans la variété de grossesse extra-utérine dont nous avons parlé, il peut y avoir de sérieuses difficultés de diagnostic. En effet, tumeur abdominale; écartement du rectum et de l'utérus, comprimés chacun sur les os qui leur correspondent; ce dernier organe, porté vers la paroi abdominale et l'ombilic : tout est semblable dans ces deux genres d'état. Mais cette grossesse extra-utérine est fort rare. Ensuite, à l'inverse de ce qui se passe dans l'hématocèle, la malade, après avoir présenté les phénomènes généraux de la grossesse, voit le ventre se développer lentement, d'une manière graduelle; peu à peu le rectum, l'utérus, la vessie sont comprimés, d'où la gêne dans les différentes fonctions de ces organes; de plus, les règles sont supprimées; et, avec tous ces symptômes, état général bon.

Dans l'hématocèle, au contraire, après quelques troubles de la menstruation, apparition de symptômes généraux graves, puis formation rapide d'une tumeur volumineuse. Au bout de quelques jours, les symptômes généraux cèdent, mais la tumeur reste pour disparaître lentement. Enfin, plus tard, la grossesse extra-utérine s'accompagnera de manifestations fœtales, et alors, plus de confusion possible.

La rétroflexion de l'utérus peut aussi causer une tumeur dans le cul-de-sac utéro-rectal. Mais en l'absence de grossesse il ne peut y avoir de doute. Ainsi, la palpation de l'hypogastre fait reconnaître que l'utérus n'occupe pas la place habituelle; le toucher vaginal montre le col à sa place, et met à découvert la continuité de cet organe avec la tumeur qui fait saillie en arrière.

Le toucher rectal fait reconnaître aussi que la tumeur en ques-

tion est formée par le fond de l'utérus. Le cathétérisme de la cavité utérine avec la sonde de Simpson ferait cesser tous les doutes.

Dans le cas où, avec la rétroflexion, il y aurait en même temps grossesse, le fait serait plus embarrassant, car on ne pourrait exercer ce cathétérisme. Mais il y aurait des signes de grossesse : le développement graduel de la tumeur, et le toucher rectal et vaginal suffiraient encore pour élucider la question.

Les tumeurs développées dans la cavité de l'utérus, polypes, cancers, etc., etc., ne pourraient simuler le kyste en question ; leurs caractères propres, et surtout le toucher, décèleraient leur nature.

Les tumeurs fibreuses du corps de la matrice peuvent simuler assez bien l'hématocèle rétro-utérine. Mais ces tumeurs ont une marche essentiellement chronique : très-rarement elles présentent quelques symptômes aigus dus à quelque péritonite partielle légère, et ces symptômes sont passagers.

Ces tumeurs sont mobiles avec l'utérus ; elles ne sont pas fixes et enclavées comme l'hématocèle. Enfin, leur consistance, leur dureté, et surtout leur tendance à un accroissement toujours de plus en plus grand, ne peuvent permettre la confusion.

Les affections de l'ovaire, en raison du siége anatomique que cet organe occupe, peuvent rarement causer des erreurs. Ainsi, la tumeur, en général, a beaucoup de tendance à se développer sur les côtés, dans les fosses iliaques. Il pourrait se faire, cependant, que l'ovaire fût fixé dans le cul-de-sac utéro-rectal par des adhérences anormales, et le développement de la tumeur se ferait d'abord entre le rectum et l'utérus. Tels seraient des kystes, des dégénérescences ; etc., etc. ; mais, dans ces circonstances, le développement lent et graduel de l'affection, l'absence de symptômes aigus devraient faire éviter la méprise.

Les phlegmons péri-utérins peuvent encore parfaitement simuler l'hématocèle ; symptômes aigus d'inflammation, formation de tumeur, gêne dans les fonctions de la défécation et de la miction, tout concourt à faire prendre le change. C'est alors

aux signes fournis par le toucher qu'il faut surtout s'en rapporter. Si le phlegmon a son point de départ sur la ligne médiane, dans le tissu cellulaire placé entre l'utérus et le bas-fond de la vessie, ou en arrière, entre le péritoine et la face postérieure de l'utérus et du vagin, ce qui est rare ; ou bien encore, s'il apparaît primitivement sur les côtés de l'utérus, il gagne rapidement le tissu cellulaire des ligaments larges, dont les deux feuillets conduisent l'inflammation vers l'une des fosses iliaques. La tumeur devient donc latérale, au lieu d'occuper exclusivement le cul-de-sac utéro-rectal. Au reste, cette tumeur est dure dès le début, et très-douloureuse à la pression, tandis que l'hématocèle est liquide à la même époque, et ne prend de la consistance que quand elle commence à diminuer, par la résorption du sang liquide, ou de sa partie liquide.

Mais, quand une péritonite partielle a lieu dans le cul-de-sac utéro-rectal et donne lieu à une accumulation purulente, le diagnostic devient réellement difficile. Ces cas sont rares, et ne s'accompagnent d'aucun trouble de la menstruation, premier point de démarcation. Ensuite, les symptômes généraux, loin de disparaître promptement comme dans l'hématocèle, se prolongent tout le temps que dure la maladie.

La tumeur qui se forme reste toujours douloureuse, et est très-fluctuante; la malade est prise de sueur la nuit, de légers frissons ; puis, au bout de quelque temps, un travail ulcératif s'établit, et la tumeur se vide, soit dans le rectum, soit dans le vagin. La nature du liquide donne alors au diagnostic une précision qu'il n'avait point jusque-là. Mais, avant cette issue, une ponction exploratrice enlèverait tous les doutes.

Dans l'hématocèle rétro-utérine, M. Nélaton conseille l'expectation pour traitement ordinaire de la tumeur, quand on a combattu les accidents primitifs auxquels elle donne lieu. Nous nous rangeons pleinement à l'avis du savant professeur. Mais cependant si, durant l'expectation, le kyste subsistait et subsistait menaçant, après l'avoir incisé et vidé complétement des caillots qu'il pourrait contenir, nous ne craindrions pas d'avoir recours aux injections d'iode comme l'a fait M. Velpeau dans le cas que nous avons cité, et nous sommes persuadé que nous éviterions la récidive qui est arrivée entre les mains de

M. Monod, dont la malade a succombé à la deuxième opération (1).

2° Kystes hydatiques de la matrice, kystes séreux multiloculaires en grappes.

La cavité de la matrice peut contenir des kystes qui simulent une grossesse à une certaine période, et connus sous les noms de môle hydatique, môle vésiculaire, hydrometra hydatidica, hydatides utérines, acephalocystis racemosa, etc.

Ces kystes ont été diversément interprétés par différents auteurs. Laënnec les considère comme formés d'hydatides développées dans une membrane séreuse, dans l'épaisseur de la structure organique de la matrice. M. Hippolyte Cloquet les regarde aussi comme une espèce d'acéphalocyste ; Tyson comme formés par une espèce particulière de vers. Goëze a fait, des vésicules contenues dans ces kystes, un genre de ténia, sous le titre de ténia vésiculaire. M. Cruveilhier pense que ces kystes en grappes, greffés sur le placenta et qui ont été fréquemment observés dans de fausses grossesses, ne sont que des kystes remplis par une trame cellulo-fibreuse, des kystes multiloculaires, et propose de les dénommer kystes séreux en grappes et multiloculaires (2).

En s'en rapportant à l'opinion de Laënnec sur le siége de ces kystes, on explique naturellement la formation de ceux qu'on a rencontrés chez des jeunes filles vierges, et dont la science possède de nombreux exemples. Que si l'on s'en tient à celle de M. Cruveilhier et d'autres auteurs qui rattachent l'origine de ces mêmes kystes au placenta, véritable fausse membrane organisée, il devient impossible d'expliquer ceux qui coexistent avec l'état de virginité : d'où il faut conclure que, tous ceux qu'on aurait observés sur des jeunes filles, n'étaient survenus, chez elles, que

(1) M. Nélaton cite dix cas d'hématocèle bien authentiques, et voici son résumé pour l'issue, soit à la suite de l'expectation, soit après l'opération. Sur quatre tumeurs opérées, dont l'une deux fois, une mort, trois guérisons. Sur six cas où on a fait de l'expectation, il y a eu une mort par suite d'une double ouverture spontanée par le rectum et le vagin, et cinq guérisons.

(2) Cruveilhier, *Anat. path.*, 1re liv., *Mal du placenta*, p. 1.

concurremment avec une grossesse très-habilement dissimulée.

Cette question est loin d'être résolue; elle est pour ainsi dire à l'état d'étude, et ce n'est que par l'examen rigoureux des faits nouveaux qui viendront à surgir qu'elle pourra être parfaitement élucidée.

Pour ceux qui veulent que les kystes hydatiques de la matrice ou môles hydatiques se développent sur le placenta, ils ne sont point le résultat de la transformation des vaisseaux lymphatiques, ainsi que le disent Bisdeo et d'autres, mais bien des vaisseaux sanguins du placenta, ainsi que l'avaient déjà démontré d'une manière incomplète Ruysch, Albinus (1) et Gregorini (2), et comme le prouve, d'une manière péremptoire, M. Cruveilhier (3).

Quoi qu'il en soit, les kystes hydatiques ou séreux de la matrice sont une cause constante d'avortement quand ils coexistent avec une grossesse. D'abord apparaissent des hemmorrhagies qui, plus tôt ou plus tard, entraînent cette conséquence. Si l'avortement se fait à la première hémorrhagie, souvent on ne trouve que quelques vésicules ou quelques hydatides. Si au contraire l'avortement a lieu longtemps après le début des hémorrhagies, on trouve un nombre très-considérable de vésicules. En voici un exemple emprunté à l'ouvrage même de M. Cruveilhier (4).

XXIIIe OBSERVATION. EXPULSION D'UNE MÔLE HYDATIQUE AU SEPTIÈME MOIS DE LA GROSSESSE ET APRÈS PLUSIEURS HÉMORRHAGIES.

Madame ***, âgée de 24 ans, mariée depuis dix mois, brillante de santé, éprouva, après quelques mois de mariage, tous les symptômes d'une grossesse. Au quatrième mois, perte considérable accompagnée de vives douleurs lombaires qui se renouvellent à des époques irrégulières et sans cause connue.

Le septième mois, douleurs utérines expultrices; métrorrhagie au milieu de laquelle la malade rend, en une seule fois, une

(1) *Annotationes academicæ*, lib. I, cap. XVII, pl. III.
(2) *De Hydrop. uteri et de hydatibus*, etc. Halæ, 1795.
(3) Ouvrage cité, 1re livraison, p. 4, *Mal. du placenta.*
(4) *Loc. cit.*, p. 1.

masse, vésiculaire dans la moitié de sa surface, non vésiculaire dans l'autre moitié.

Sur le côté non vésiculeux de cette masse, les vésicules agglomérées n'ont apparu qu'après la lacération d'une couche superficielle, que constituait une membrane blanche, rugueuse, mollasse, sans cotylédons, mais ayant d'ailleurs tous les caractères de la surface fœtale du placenta. Les vésicules se distinguaient par leur volume au milieu de cette masse globuleuse, dont les grains étaient comme pressés les uns contre les autres et présentaient un grand nombre de différences. La partie supérieure de cette surface avait conservé l'aspect spongieux et vasculaire du placenta; mais là aussi, au milieu de concrétions sanguines, dont la densité et la couleur variables décelaient des époques différentes d'extravasations sanguines, se voyaient des grappes vésiculeuses extrêmement petites, affaissées.

En détachant deux grappes vésiculaires de la masse commune, on voyait les vésicules tantôt agglomérées autour d'un axe commun, verticillées; tantôt disposées à la manière d'une grappe de raisin, alternes, opposées, quelquefois très-rapprochées, d'autres fois séparées par un grand intervalle.

M. le professeur Cruveilhier a admirablement reproduit cette pièce anatomique dans ses figures (1).

Voici une seconde observation qui, comme la précédente, prouve que les kystes hydatiques de la matrice, ou placentaires, sont d'autant plus volumineux qu'ils sont expulsés après un temps plus long de la grossesse et après des hémorrhagies plus nombreuses.

XIVe OBSERVATION. — HYDATIDES EXPULSÉES APRÈS SIX MOIS D'UNE GROSSESSE PRÉSUMÉE. (Par M. le docteur Bernier, médecin à Romorantin.)

Madame Martin, jeune femme mariée pendant l'été dernier, est, bientôt après, prise de suppression des menstrues et de quelques autres indispositions qui accompagnent ordinairement la grossesse commençante. Au mois de novembre, elle éprouve une légère perte utérine après avoir dansé. Cette perte se re-

(1) *Anatomie pathologique*, 1re liv., pl. 1, fig. 1 et 2.

nouvelle, avec une force modérée, à la fin du mois suivant; mais elle dure quinze jours, malgré le coucher horizontal continuel, les boissons acidulées, une petite saignée, etc. Enfin, à la fin de février (madame Martin se croyant enceinte d'environ six mois), la perte se reproduit avec plus de force et s'accompagne de douleurs de reins, puis de contractions utérines qui expulsent une grappe d'hydatides pesant deux livres, après avoir été débarrassée des caillots de sang.

Après ce travail, le calme renaît; mais un suintement par la vulve, d'abord sanguin, puis séro-sanguin, puis enfin séreux, continue de se faire pendant douze à treize jours; un mouvement fébrile s'établit le troisième jour et s'accompagne d'un gonflement des mamelles, qui laissent suinter une humeur lactiforme, gonflement qui ne cède qu'après l'usage répété des dérivatifs sur le canal intestinal (1).

Voici une troisième observation, où il n'y aurait eu aucune hémorrhagie antérieure avant l'expulsion du kyste, qui, cependant, était très-volumineux. Elle est due à M. Lanfray, officier de santé à Rennes.

XVe OBSERVATION. — HYDATIDES MEMBRANEUSES EXPULSÉES DE L'UTÉRUS.

Exerçant la profession d'officier de santé à Château-Giron (trois lieues de Rennes, Ille-et-Vilaine), depuis l'an VII de la république, dit M. Lanfray, le 19 septembre 1815, je fus appelé pour saigner la femme Massot, métayère au village du Pati, commune de Noyal-sur-Villaine. Cette femme, âgée de 23 ans, d'une belle et forte constitution, que j'avais accouchée, le 28 avril 1814, d'un enfant vivant et très-fort, me déclara avoir ressenti tous les symptômes qu'elle avait éprouvés à sa première grossesse : suppression des menstrues, gonflement des seins, augmentation progressive du ventre, enfin, mouvements présumés de l'enfant. Elle n'attendait que l'instant d'accoucher; je ne la saignai pas.

Dans la nuit du 22 au 23, elle fut prise de douleurs semblables à celles qui avaient précédé et accompagné son premier accouchement; mais bientôt elle fut effrayée, ainsi que sa mère et

(1) *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, année 1836, t. VII, p. 298.

ceux qui l'entouraient, en voyant la perte considérable qu'elle éprouvait.

Je fus appelé : je trouvai cette femme dans un bain de sang, des pieds à la tête. Je tâtai le ventre ; il était mou et ne me parut pas contenir d'enfant. Je voulus m'en assurer par le toucher. Je trouvai les parties génitales encombrées, de même que l'intervalle des cuisses et des jambes, de caillots de sang.

Je la débarrassai de ces caillots ; mais, en les jetant à terre, je m'aperçus qu'il n'y avait pas que du sang, mais bien une grande quantité d'hydatides. Après m'être assuré que l'utérus ne contenait point d'enfant, je me fis apporter un calebasson (panier de la contenance d'un boisseau de grain, mesure du pays, pesant soixante livres) ; je le fis garnir d'un drap, je le remplis et le comblai du produit de cette fausse grossesse, hydatides et caillots. Je le fis conserver pour le faire voir au docteur Bertin, qui était couché chez moi.

Nous nous y rendîmes le matin. Il fut surpris de voir une si grande quantité d'hydatides. Débarrassées du sang, elles étaient grappées, transparentes et toutes semblables à celles que décrit le docteur Bernier.

A la suite de cet accouchement, il y eut, comme à l'ordinaire, lochies, gonflement des seins et écoulement d'une certaine quantité de lait. Cette femme s'est promptement et parfaitement rétablie (1).

Malgré les imperfections de la rédaction et le manque de détails nécessaires, cette observation démontre bien qu'il s'agit ici d'un kyste hydatique ou séreux multiloculaire en grappes de M. Cruveilhier. En disant que ces hydatides étaient en tout semblables à celles du cas produit par le docteur Bernier, l'auteur laisse bien entrevoir que le kyste était fixé sur le placenta.

Ces kystes de l'utérus ne présentent pas une grande gravité, puisque, dans tous les cas, ils sont expulsés à la façon d'un produit de conception. Seulement ils occasionnent un travail plus pénible que les véritables grossesses, et peuvent compromettre la vie des malades par les hémorrhagies abondantes qu'ils suscitent.

A quels signes peut-on reconnaître les kystes hydatiques ou séreux de la matrice ?

(1) *Journ. de Méd. et de Chir. prat.* 1836, p. 365 et 366.

Ces affections donnent lieu, de prime abord, aux mêmes phénomènes sympathiques et fonctionnels que la grossesse, d'autant que, dans le plus grand nombre des cas, ils sont le résultat d'une conception à produit vicié. Ainsi, suppression de la menstruation, comme le démontrent la plupart des observations, troubles sympathiques du côté de l'estomac, turgescence des mamelles, développement de la matrice, à une époque un peu plus avancée: ce développement a lieu comme dans les grossesses ordinaires: voilà pour les signes communs aux kystes de l'utérus et à la grossesse. Puis surviennent des accidents qui peuvent se montrer aussi dans la dernière, mais qui témoignent toujours d'un état morbide de l'utérus: telles sont les hémorrhagies plus ou moins abondantes et plus ou moins répétées, les douleurs de reins, fixes ou irrégulières dans leur manifestation. Suivant Percy, les kystes de la matrice s'annonceraient plutôt par des pertes en blanc ou un écoulement de mucus rosé, qui aurait lieu dans l'intervalle d'une époque menstruelle à l'autre, que par de véritables hémorrhagies. C'est là, au moins, le signe le plus fréquent qu'il a observé sur des jeunes filles atteintes de ces affections. A vrai dire, un praticien habile et expérimenté pourra, quelquefois, soupçonner, préjuger un kyste hydatique ou séreux de la matrice, si des hémorrhagies fréquentes ont lieu durant le cours d'une prétendue grossesse; il ne pourra le diagnostiquer, à coup sûr, que quand le travail expulsif aura projeté au dehors le produit morbide.

Le traitement n'a que faire ici comme moyen curatif. Prendre les précautions nécessaires pour empêcher le retour de la métrorrhagie symptomatique, telles que repos absolu, décubitus horizontal, la recommandation de l'abstention de tout ce qui peut exciter les organes génito-urinaires, et notamment du coït; mettre ensuite en usage tous les moyens propres à maîtriser une hémorrhagie menaçante, voire même la provocation de l'accouchement, si c'est la seule ressource qui reste: voilà la tâche du médecin. On peut dire, en général, qu'on n'est jamais obligé de provoquer l'accouchement, dans les cas les plus graves la nature suscitant elle-même ce travail, dont l'homme de l'art peut être appelé à hâter la fin.

3° Kystes de la vessie.

La vessie est-elle, à son tour, le siége de kystes? On sait avec quelle fréquence les polypes de toutes espèces prennent racine sur la muqueuse de ce réservoir musculo-membraneux; il n'en est pas de même des kystes. Comme les reins sont des organes extrêmement sujets à ces poches morbides, et que, quand l'élimination de ces poches s'opère, c'est par la vessie et l'urètre, la plupart du temps, que passent les détritus ou lambeaux pour être évacués au dehors, il en résulte que c'est toujours dans les premiers qu'on rapporte le siége des kystes, sitôt que les lambeaux expulsés dénotent leur présence (1). Il convient cependant de rétablir les choses sur leur véritable base. Et d'abord, disons que les kystes hydatiques prennent assez souvent racine dans la vessie; nous pouvons mettre à jour des exemples irréfutables de cette espèce. Il est arrivé aussi, plus d'une fois, que des calculs se sont enkystés dans le même réservoir, sans parler de ces arrière-poches formées par la muqueuse, à travers une éraillure de la membrane musculeuse, et qui, par suite du temps et du poids du calcul engagé dedans, arrivent à faire des sacs de dimension quelquefois plus considérable que le corps de l'organe lui-même, avec lequel ils ne communiquent plus qu'au moyen d'un orifice restreint. Nous n'avons pas à nous en occuper.

S'il est constant que, dans beaucoup d'observations d'hydatides expulsées de la vessie, rapportées par les auteurs, ces vers s'étaient formés dans les reins, voici un exemple où on ne pourra nier qu'ils ne provinssent du réservoir urinaire lui-même.

XVIe OBSERVATION. — ÉMISSION D'HYDATIDES AVEC LES URINES.

Un jeune homme avait joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt-huit ans. A cet âge, il éprouva tout à coup, sans cause connue, de violentes douleurs dans la cavité du bassin, s'étendant du périnée à l'hypogastre. Après d'inutiles efforts pour uriner, la douleur s'avança progressivement jusqu'à l'extrémité de la verge, et tout à coup cessa avec un jet d'urine très-fort et très-rapide.

(1) Voyez Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1850, t. III, p. 107 et suiv.

De semblables accidents se manifestèrent à différentes époques, et chaque fois la douleur cessait avec le jet d'urine. Ce malade consulta M. Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui, ne pouvant reconnaître la nature de la maladie, l'engagea à examiner avec attention les corps que pourraient contenir ses urines, et à le faire appeler dès qu'il éprouverait des douleurs semblables.

Le 17 décembre 1830, ce jeune homme fut pris de violentes douleurs, et, après bien des efforts pour uriner, fut soulagé comme à l'ordinaire. Il chercha dans son vase et trouva une vésicule de la grosseur d'une noisette. Le 11 janvier, il rendit, après d'affreuses douleurs, une autre vésicule, de la grosseur d'une petite noix. Elle était sphéroïde et lisse au dehors; elle ne présentait que dans un point un petit lambeau qui retraçait sans doute un petit point d'adhérence avec la vessie.

Enfin, le 17 janvier, le malade eut une crise beaucoup plus douloureuse que les précédentes. L'hydatide s'était introduite dans le canal, et était trop volumineuse pour être expulsée. Une sonde conduite dans l'urètre ne pouvait la repousser dans la vessie. Ce malheureux souffrait ainsi depuis plusieurs heures, lorsque M. Brachet, appelé, ayant introduit une sonde à dard jusqu'au corps étranger, perça son enveloppe, ce qui permit aussitôt au liquide de s'écouler, et mit à l'instant un terme à ses souffrances.

Ce jeune homme, devant quitter Lyon, demanda à son médecin quel procédé suivre pour se débarrasser de sa maladie. Celui-ci lui conseilla, s'il voulait se faire guérir entièrement, de détruire la masse ou le noyau d'hydatides qui s'était formé dans la vessie; et pour y parvenir, il avait deux moyens : l'un d'y pénétrer par une opération qui ne serait pas sans danger, et l'autre de traiter ces hydatides comme des vers, par les vermifuges à l'intérieur et surtout en injections ; le mercure eût été, suivant lui, le vermifuge à préférer (1).

Il est évident que, chez le sujet de cette observation, les hydatides avaient pris naissance dans la vessie, puisque le malade n'avait jamais ressenti les vives douleurs qu'aurait nécessairement suscitées leur passage dans les uretères.

(1) *Transact. méd.*, 3e trimestre. 1831.

Les kystes hydatiques séreux ou autres de la vessie ne peuvent signaler leur présence que par des troubles fonctionnels de cet organe. Quant à la douleur, ils peuvent ne pas en causer, tant qu'ils ne s'échappent pas par l'urètre, comme on vient de le voir par la précédente observation.

Cependant, d'habitude, il y a un poids, une gêne, se faisant sentir principalement au périnée; mais ceci leur est commun avec les calculs vésicaux. Après cette gêne, viennent les besoins fréquents de la miction urinaire en raison de l'irritation que le corps de la tumeur exerce sur les parois vésicales, et souvent des urines troubles chargées de mucus résultant de cette irritation ou catarrhe vésical; mais tout ceci leur est encore commun avec les calculs vésicaux.

Dans ce moment, et avant qu'aucun débris expulsé par l'urètre ne soit venu déceler la présence du kyste, si on avait quelques doutes sur son existence, le cathétérisme pourrait puissamment éclairer. En effet, le bec de la sonde ne manquerait pas, dans ce cas, de rencontrer la tumeur, dont on apprécierait la mollesse, la dépressibilité, ou plutôt l'élasticité. Une fois arrivé à ce point, on n'aurait plus qu'à opter entre un polype volumineux ou champignonné, une dégénérescence cancéreuse ou autre, un fongus, etc.

Le polype, s'il était fibreux, donnerait uue tout autre sensation; et, quant aux polypes muqueux, on sait avec quelle facilité ils se laissent déchirer et fournissent des saignements considérables de sang qui s'échappe par la sonde en emportant des détritus; ces signes seuls sont suffisants pour faire éviter l'erreur. Quant aux dégénérescences, outre qu'elles ont, pour la plupart, le même inconvénient que les polypes muqueux, de saigner facilement et de se laisser lacérer, elles sont toujours accompagnées de douleurs caractéristiques qui ne permettraient pas de les confondre avec le kyste; et fussent-elles sans douleur, ce qui nous paraît impossible pour leurs différentes évolutions, il y a cet état général de souffrance, d'abattement, de détérioration qui les accompagne et souvent une diathèse ou cachexie qui prémunit par-dessus tout le médecin.

Une fois reconnu le kyste séreux ou hydatique de la vessie, suivrons-nous les conseils de M. Brachet? Nous croyons que les

vermifuges internes n'auraient absolument aucune action sur eux. Nous n'oserions pas injecter une solution concentrée de mercure, parce que nous craindrions que, même en tuant les hydatides, elle exposât à des phénomènes inflammatoires graves; que s'il s'agissait d'un kyste purement séreux et uniloculaire, le plus court parti serait d'aller perforer la poche avec une sonde à dard, mais toutefois après s'être assuré, par tous les moyens, qu'on touche bien au corps du kyste. Puis nous ne balancerions pas, après l'avoir vidé, à pousser des injections iodées, convaincu par expérience personnelle qu'elles sont complétement inoffensives pour les parois vésicales, pourvu qu'on ne dépasse pas le tiers pour la composition.

Nous traiterions les kystes hydatiques par les seules injections d'iode. Cette solution a la propriété de tuer les acéphalocytes, et, comme nous venons de le dire, n'agit point d'une manière funeste sur les parois vésicales. Plusieurs injections seraient nécessaires pour arriver à son but, ce serait au médecin à les manier à propos. Quand on songe que dans un catarrhe vésical avec hypertrophie des parois, nous avons poussé plus de trente injections d'iode dans l'espace de deux mois et demi, et cela avec un plein succès et sans causer de grandes souffrances au malade, on se sent pris du désir d'user du même moyen dans les cas de kystes vésicaux.

TROISIÈME ORDRE.

KYSTES DES OS.

Ces kystes forment une famille pathologique assez peu variée, relativement à ceux des autres tissus, mais assez sous le rapport des altérations anatomiques. Ils ont été complétement ignorés des anciens et des médecins du moyen âge; c'est aux contemporains que nous devons les observations principales qui en ont été recueillies, et à Dupuytren revient l'honneur d'avoir reconnu le premier la maladie, comme d'en avoir fixé les signes propres à la distinguer, et le traitement.

Sous le rapport de leur contenu, les kystes osseux se partagent en deux séries, ceux qui renferment des matières liquides, et ceux qui en renferment de solides.

1° Kystes à contenu liquide.

Ces tumeurs peuvent exister avec une poche unique, elles sont alors uniloculaires, ou avec plusieurs poches, et elles sont multiloculaires. Sous ce rapport, elles ne diffèrent point de leurs analogues dans les autres tissus. Leur volume est variable, depuis deux jusqu'à huit ou dix centimètres de largeur, pour les uniloculaires. Les multiloculaires peuvent avoir des dimensions bien autrement considérables : elles peuvent occuper, par exemple, toute la longueur d'un os long, et avoir leur cavité subdivisée en un grand nombre de loges secondaires par des cloisons osseuses ; tel est celui présenté en 1844, par M. Nélaton, à la Société de Chirurgie. La tumeur occupait, dans ce cas, le fémur gauche dans lequel elle s'étendait depuis la base du grand trochanter jusqu'à deux centimètres des condyles fémoraux, et résultait de l'agglomération d'une multitude de kystes, dont la plupart auraient pu contenir une noix (1).

Les kystes à contenu liquide affectent plus particulièrement les os maxillaires, supérieur et inférieur, quoiqu'on les rencontre aussi sur les autres os ; c'est le tissu compacte qui est leur siége de prédilection. Le liquide qu'ils contiennent peut être séreux, limpide, citrin, ou trouble, séro-purulent, uniquement purulent, ou bien encore visqueux et filant ; enfin, il peut être séro-hématique. Parmi les kystes osseux liquides, doivent figurer aussi ceux qui sont formés par des hydatides.

2° Kystes à contenu solide.

C'est encore dans les os maxillaires et surtout le supérieur, qu'on rencontre le plus fréquemment ces tumeurs enkystées ; quelques-unes d'entre elles gisent pourtant, ainsi que nous le verrons bientôt, dans les autres os, le corps des vertèbres, celui des os plats et quelques os longs. Ces poches peuvent renfermer plusieurs matières différentes. Le tubercule et le cancer sont susceptibles de s'enkyster dans les trames du tissu osseux. On a rencontré plus fréquemment le premier que le second.

Outre ces deux productions contenues dans cette classe des

(1) Nélaton, *Éléments de Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 47.

kystes osseux, il y a encore des corps fibreux, des tumeurs fongueuses, des fragments de tissu osteo-crétacé, comparé à du mâchefer par Dupuytren, qui s'y rencontrent avec assez de fréquence. Il n'est guère possible d'assigner les points extrêmes des dimensions que peuvent acquérir toutes ces variétés. Mais il est certain que suivant les os qu'elles affectent, elles arrivent encore à des volumes très-considérables.

Quand de la matière cancéreuse se trouve contenue dans un kyste, celui-ci existe le plus souvent au milieu d'une masse encéphaloïde; cette matière est séreuse ou séro-sanguinolente, mais renfermant du liquide propre au cancer, et dont la microscopie a si bien donné les caractères. C'est surtout dans l'altération osseuse décrite sous les noms de spina ventosa que gisent ces kystes, et l'on sait que le spina ventosa lui-même affecte principalement les os longs et les portions les plus rapprochées des épiphyses. Les maxillaires sont bien rarement le siége du spina ventosa.

Dans le kyste tuberculeux, c'est de la matière tuberculeuse jaune blanchâtre, ressemblant à du mastic de vitrier, se délayant dans l'eau sans se dissoudre, qui est contenue dans une poche tapissant toutes les anfractuosités que présente l'excavation osseuse. Les parois ont très-peu d'épaisseur, sont molles, gélatineuses, presque transparentes, ce qui fait que beaucoup d'auteurs les ayant méconnues, ont nié l'existence de ces poches kystiques. Sur sa surface interne, la poche une fois vidée, est blanche, inégale, tomenteuse, tandis qu'à sa surface externe on voit souvent une vascularisation notable, vascularisation qui, d'après M. Nélaton, est en rapport avec le degré de ramollissement du tubercule. Cette surface est unie avec les cellules du tissu osseux, au moyen de prolongements de ce réseau vasculaire qui lui fait contracter adhérence.

Le kyste tuberculeux peut être exactement contenu dans l'excavation osseuse, c'est ce qui arrive le plus ordinairement au début de la maladie. Dans d'autres cas, lorsqu'il se rapproche de la périphérie de l'os, il y a plusieurs anfractuosités qui communiquent de l'une à l'autre jusqu'à la couche corticale de l'os. Les parois du kyste peuvent être formées par des tissus hétérogènes, tels que les tissus osseux, fibreux et cartilagineux.

Quand le kyste perfore la lame corticale de l'os, les parois, dans le point qui correspond à la perforation, sont constituées par le périoste hypertrophié qui lui adhère intimement. Les kystes tuberculeux ne vont guère au delà de deux à trois centimètres de diamètre, en étendue. Souvent il en existe un, au lieu d'en rencontrer plusieurs petits. La matière tuberculeuse contenue dans le kyste se ramollit, tantôt régulièrement du centre à la circonférence, tantôt d'un point de la périphérie vers toute la masse. L'excavation tuberculeuse osseuse peut guérir par l'hypertrophie des parois du kyste, qui, en se condensant et s'épaississant, finissent par combler exactement la lacune : c'est la guérison.

Dans d'autres circonstances, quand la matière tuberculeuse continue à être sécrétée, tend à se porter au dehors et à parcourir un trajet considérable, il se forme, au niveau de l'ouverture osseuse, un kyste cellulo-fibreux en forme de bouteille, dont le goulot est appliqué sur la perforation osseuse. Le kyste reçoit la matière tuberculeuse dont elle empêche la diffusion dans les tissus, et peut acquérir des dimensions considérables.

C'est surtout sur le corps des vertèbres qu'on trouve appendus ces kystes à forme de fiole; ils peuvent être multiples.

Les kystes osseux qui contiennent des corps fibreux, des tumeurs fongueuses, et des fragments du tissu ostéo-crétacé ont été rencontrés presque invariablement dans la mâchoire inférieure, point important qui peut servir à leur diagnostic. Ces tissus ne présentent souvent aucune adhérence avec la poche du kyste qui les contient; d'autres fois, ils sont solidement fixés sur elle, au point de ne pouvoir les séparer que d'une manière incomplète. Ces tumeurs remplissent ou ne remplissent pas exactement la cavité osseuse, dont elles sont séparées, dans ce dernier cas, par un liquide plus ou moins abondant.

Symptomatologie. Dès le principe, dit M. Nélaton (ouvrage cité) ces affections sont caractérisées par une tumeur indolente ou peu douloureuse, faisant corps avec un os, dure, résistante comme les tumeurs osseuses, donnant plus tard à la main qui la presse, une sensation de crépitation comparable au froissement d'un parchemin sec, sensation qui disparaît par moments lorsque la coque osseuse a été déprimée un certain nombre de fois, et

qui reparaît le lendemain ou les jours suivants. Plus tard, par les progrès de la tumeur, la lame osseuse est usée et perforée, et la pression peut reconnaître la présence du liquide qui soulève le périoste. Les téguments qui recouvrent la tumeur ne présentent aucune altération ni adhérences; c'est là un signe particulier. La douleur, nulle au début, se manifeste ensuite avec l'accroissement de la tumeur, et suit les influences des variations atmosphériques. Tels sont les signes communs à tous les kystes osseux. Chaque portion d'os affectée manifeste des troubles dans les fonctions pour lesquelles il est destiné. Les kystes osseux marchent lentement.

Diagnostic. Les kystes osseux peuvent être confondus avec les exostoses, le cancer, les hydatides, les anévrismes des os.

Au début de la tumeur, le diagnostic différentiel est impossible, mais plus tard, s'il s'agit d'un kyste, la lame osseuse soulevée permet de percevoir le craquement parcheminé dont nous avons parlé plus haut, et qui ne laisse plus aucun doute sur la nature de la tumeur. Une fois qu'on est bien sûr qu'il s'agit d'une tumeur kystique, et non d'aucune des autres tumeurs qui pourraient être confondues avec elle, reste à reconnaître quel est le produit que contient la poche. S'agit-il de produit solide ou de liquide? Pour lever tout doute à ce sujet, il faut recourir à une ponction exploratrice. S'il s'écoule du liquide, on en constate la nature et le diagnostic est précis. Quant au contraire, le contenu est solide, il reste à décider si l'on a affaire à un tissu fibreux ou cancéreux. Les douleurs qui accompagnent d'habitude le développement de l'ostéo-sarcome, l'état variqueux des vaisseaux qui abreuvent les parties voisines affectées de bosselures et assez souvent de fongosités, l'accroissement rapide de cette dégénérescence, sont des signes déjà bien suffisants pour la faire reconnaître et la faire distinguer d'un produit fibreux. En outre, l'ostéo-sarcome ne saurait donner lieu à la crépitation parcheminée; et puis définitivement, il renferme souvent dans son intérieur des fragments, des débris osseux qui ne se rencontrent jamais dans le kyste fibreux.

Il faut remarquer cependant que toutes ces circonstances dont nous venons de parler ne s'appliquent pas au cancer situé dans l'intérieur d'un os dont il distend les parois. C'est donc là le

cas qui peut rendre le diagnostic obscur et même impossible.

Pronostic. La gravité des kystes osseux, dit encore le professeur Nélaton (ouvrage cité), est variable suivant leur siége, leurs rapports, l'état des parties voisines, l'existence ou l'absence des complications. Nous souscrivons à l'influence de toutes ces circonstances sous le rapport du pronostic, mais nous en ajoutons une qui nous paraît principale, nous voulons parler de la nature du kyste ou du produit qu'il contient dans sa cavité, et qui peut révéler simplement une maladie locale, ou une localisation d'une maladie générale qui doit tôt ou tard infecter tout l'organisme. C'est ainsi que sous le rapport du pronostic, les kystes cancéreux, tuberculeux offrent une bien plus grande gravité que ceux à contenu séreux, pur ou mélangé, ou fibreux, etc. En effet, toutes choses égales, une opération bien pratiquée peut faire justice complète des derniers, sans probabilité de recrudescence, tandis qu'il y a beaucoup à parier que, quand on extrairait parfaitement les premiers, l'organisme en fournirait une repullulation sur d'autres points, et que même il finirait par être infecté du même principe qui les constitue.

3° Kystes idatiques des os.

Les hydatides sont fort rares dans l'intérieur des os. Celles que quelques auteurs ont rencontrées appartiennent au genre acéphalocystes. Ce sont des poches mollasses, blanchâtres, opalines, renfermant dans leur intérieur un liquide aqueux, transparent dans lequel nagent d'autres vésicules identiques. Le volume de la poche hydatique, qui se développe dans l'intérieur des os, ne va jamais guère au delà de la grosseur d'un œuf de poule, et peut rester dans des proportions bien inférieures. Leur siége affecte de préférence le tissu spongieux des os longs, le diploé des os plats; beaucoup plus rarement ils se développent dans le canal médullaire des os longs, ou dans les sinus muqueux des os plats. Dupuytren et A. Cooper ont rencontré des kystes hydatiques dans l'intérieur du fémur; Scarragel, dans le fémur (1); MM. Mazet et Dariste, dans une vertèbre et un os iliaque. Les kystes hydatiques pressent, comme toutes les autres tumeurs,

(1) *Thèse de Montpellier*, 1838.

sur les parois osseuses qui les contiennent : ils les amincissent par pression et distension, et finissent par les perforer. Quand ils sont contenus dans le canal médullaire des os longs, ils se développent dans le sens de la longueur, et finissent par dépasser ce canal en se prolongeant jusque dans l'épiphyse. Les parois du canal, qui subissent aussi une pression, s'amincissent et cèdent dans le point le plus aminci. Quand le kyste a perforé les parois osseuses, il trouve le périoste épaissi, les couches musculaires amincies sous forme de membrane, qui lui forment plancher. Les parois de la caverne osseuse sont tapissées, à l'intérieur, par une membrane celluleuse mince, à saillies et dépressions digitales formées par les noyaux kystiques et leur intersection.

Symptomatologie. Les kystes hydatiques osseux sont indolores au début. C'est une tumeur osseuse qui se développe, recouverte par des téguments sains. Quand le sac kystique a perforé l'enveloppe osseuse et aminci les couches musculaires, la tumeur est alors fluctuante à la pression, et les parois reviennent sur elles-mêmes après avoir été déprimées; on dirait alors un abcès. L'aboutissant de ces poches serait sans doute la perforation spontanée, si l'art n'intervenait.

On conçoit que, suivant les régions osseuses qu'occupent ces tumeurs, elles occasionnent, en dehors de leur nature et rien que par leur simple présence, des troubles correspondants à la partie affectée et que nous ne pouvons décrire en particulier. Aussi, toute la gravité du pronostic tire-t-elle son importance de cette condition. On ne connaît rien de précis sur l'étiologie de cette variété de kystes osseux. Tout est hypothétique dans ce qu'on a avancé.

Diagnostic. Le diagnostic différentiel de ces tumeurs est impossible au début; il devient clair et précis quand, échappées en partie de la coque osseuse, elles peuvent être ponctionnées, et permettent ainsi de reconnaître la nature de leur contenu.

Avant cette évolution, on peut les confondre avec l'ostéite, le cancer, les autres kystes, l'exostose. L'ostéite, l'exostose, le cancer, offrent, dès leur origine, des douleurs que n'affectent pas d'habitude les hydatides osseuses; là est un moyen de les en distinguer. Mais on ne pourrait les différencier alors des autres kystes qui, comme elles, sont plus ou moins indolents. A une

époque plus avancée, quand les parois osseuses sont amincies, il se présente un caractère, la dépressibilité avec craquement parcheminé, qui les fait parfaitement distinguer de l'ostéite, de l'exostose, de l'ostéo-sarcome; puis enfin, quand l'exploration directe est possible, il devient, seulement alors, aisé de les distinguer d'avec les autres kystes.

Traitement des kystes des os en général.

Le traitement des kystes osseux ne peut être établi, en thèse générale, que par des opérations chirurgicales variées, sous le rapport du procédé, autant par la position que par le genre d'os qu'affectent ces tumeurs. Vider la cavité osseuse des kystes qu'elle contient, mettre dans des conditions de cicatrisation les parois elles-mêmes, voilà le but qu'on se propose par ces divers procédés dont l'énumération et l'appréciation appartiennent en propre aux traités spéciaux de chirurgie.

Toutefois, nous dirons qu'il est possible d'éviter des longueurs dans les manœuvres opératoires, et souvent des mutilations qui ne sont pas sans danger pour les malades, dans les kystes à contenu liquide, et notamment les hydatiques, quand les poches ne sont pas multiples, ou qu'on peut les faire communiquer aisément les unes avec les autres dans le cas contraire.

En effet, quand une tumeur kystique se présente, ou elle est arrivée à la perforation osseuse, ou non. Dans le premier cas, la ponction exploratrice qui a servi à reconnaître la nature du contenu, peut évacuer entièrement la poche du liquide qu'elle contient. Une fois le liquide évacué, chercher à faire adhérer ensemble les parois du kyste, qui, par des transmutations ultérieures, peuvent devenir fibreuses, fibro-cartilagineuses, se mouler dans la coque osseuse, laquelle, par un mouvement de retrait sur elle, s'oblitère d'une manière certaine, telle doit être la tâche.

Or, qu'est-il besoin, pour atteindre ce but, dans les kystes dont nous parlons, de recourir à des incisions plus ou moins étendues, d'aller introduire, dans la cavité du sac, de la charpie, des mèches, des bourdonnets pour la faire suppurer, ou de les cautériser avec le fer rouge?

Si jamais poche kystique a pu être attaquée avec avantage et sans inconvénients par les injections irritantes, ce sont sans contredit celles-ci. On n'a pas à craindre une extension d'inflammation dangereuse sur des tissus importants. La parfaite délimitation de la poche, dans la plupart des cas, la coque osseuse qui la contient, tout cela constitue des conditions de sécurité; et puis, le moyen est si simple, le procédé opératoire nécessite si peu d'incisions de tissu, une simple ponction, que nous ne comprendrions pas qu'on ne le tente pas avant tous les autres. Ainsi, nous conseillons, dès qu'un kyste osseux se présente, et qu'on a pu s'assurer de la nature liquide de son contenu, quelle que soit du reste sa position, s'il peut être atteint par les instruments, nous conseillons, disons-nous, de vider la poche par une ponction, puis de pousser une injection, soit vineuse, soit iodée, et c'est à cette dernière que nous nous arrêterions. On se conduirait, au sujet de cette injection, absolument comme dans une hydrocèle, avec cette seule différence qu'on ne risquerait rien de laisser séjourner quelque temps de plus le liquide injecté, et que, pour celui iodé, on pourrait l'employer un peu plus concentré que dans l'hydrocèle, c'est-à-dire moitié eau et moitié teinture d'iode. Nous n'avons pas besoin de nous étendre sur l'avantage de cette méthode si simple : et quand nous aurons dit que les kystes liquides osseux ne diffèrent en rien, pour la manière de guérir, de ceux situés ailleurs; quand nous aurons dit que ceux-ci sont attaqués avec beaucoup d'avantage par le même mode de traitement, nous aurons éminemment prouvé en sa faveur.

Les injections iodées nous ont rendu de si prompts et bons services dans deux cas de kystes osseux liquides, que nous ne saurions trop insister sur leur emploi.

Dans un cas, nous avions affaire à un kyste du maxillaire supérieur droit, du volume d'un petit œuf de poule. Trois avulsions de dent avaient été faites, et on se préparait à perforer supérieurement le plancher osseux, pour passer un séton dans la poche qui fournissait toujours une sécrétion abondante, quand, par deux injections iodées successives, nous en obtînmes la cicatrisation complète. C'était sur une jeune fille de Fellen, près Givet.

Dans l'autre cas, qui est de date récente, la tumeur siégeait

dans la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. Cette tumeur datait de fort loin, s'était accrue fort lentement, et présentait, lorsque nous la vîmes pour la première fois, un froissement parcheminé à la pression. Une ponction, faite immédiatement, laissa écouler une sérosité un peu trouble. La poche fut vidée en entier, séance tenante. Au moyen d'un stylet, il fut aisé de nous assurer que nous allions jusque dans le centre de l'os, dont la cavité nous parut tapissée d'une membrane tomenteuse et lisse. Une injection iodée à parties égales fut poussée aussitôt. La même injection fut répétée cinq fois dans l'espace d'un mois. A chaque fois la cavité avait diminué, et l'os revenait sur lui-même. Le mois écoulé, la cicatrisation était parfaite, sans trajet fistuleux, et le malade ne s'était presque pas aperçu de toutes ces manœuvres opératoires.

Les kystes hydatiques n'échappent point à ce procédé car, si on peut parvenir à traverser, avec l'instrument, les principales poches pour les faire communiquer ensemble quand elles sont multiples, il n'est point douteux que le liquide iodé ne parvienne à tuer les acéphalocystes, et par suite, à susciter l'adhésion des parois. C'est même dans les kystes étendus de cette nature que ce moyen nous paraît excellent. En effet, l'instrument tranchant n'y peut souvent rien, parce qu'en allant attaquer de vastes portions d'os, on compromettrait les jours du malade. Ces kystes offrent dès lors un très-grand danger par leur tendance continuelle à l'accroissement et le peu de chances favorables pour leur guérison spontanée. Recourir aux injections iodées dans ce cas, ce n'est point exposer le malade, c'est tenter une cure : l'induction autorise cette tentative et permet d'espérer un bon résultat.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

CONSIDÉRATIONS PRELIMINAIRES 1

PREMIÈRE PARTIE.

DES HYDROPISIES.

CHAP. I. — DES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL 5
ART. 1er. — Aperçu historique 5
ART. 2. — Examen critique des diverses divisions émises dans les hydropisies 11
ART. 3. — Division des hydropisies en général 24
Ire CLASSE. — Ier ORDRE. — HYDROPISIES PAR ALTÉRATION DES MEMBRANES SÉREUSES 25
§ Ier. Hydropisies par altérations aiguës des séreuses 25
1° Composition du liquide des hydropisies 34
2° Anatomie pathologique des séreuses 37
Symptomatologie 38
Traitement 39
§ II. Hydropisies par altérations chroniques des séreuses. — Mécanisme qui préside à leur formation 40
Symptomatologie 41
Traitement 42
IIe ORDRE. — HYDROPISIES PAR ALTÉRATIONS DES TISSUS EN DEHORS DES SÉREUSES, ET SUSCEPTIBLES DE LEUR DONNER NAISSANCE PAR LEUR EXISTENCE PLUS OU MOINS PROLONGÉE 42
1° Altérations siégeant dans les organes circulatoires. — Par quel mécanisme elles donnent lieu aux hydropisies 43
Maladie des veines. — Phlébite 43
Oblitération veineuse par formation spontanée d'un caillot 46
Maladies du cœur et des gros vaisseaux 47
2° Altérations siégeant en dehors des organes de la circulation. — Leur manière d'agir pour la production des hydropisies 51
Hypertrophie de la rate 5
Maladies du foie 53
Maladies des reins 55
Tumeurs dans les cavités abdominale et thoracique 56
Symptomatologie 58
Traitement 60

IIe CLASSE. — HYDROPISIES PAR ALTÉRATIONS DU SANG..... 59
1° Augmentation de la quantité du sang comme cause d'hydropisies. — Son mécanisme pour leur production..... 60
2° Hydropisies par anémie albuminurique. — Leur raison d'être et leur mécanisme..... 67
Résultat de l'analyse du sang chez une femme anémique par suite d'hémorrhagies utérines graves..... 70
Résultat de l'analyse du sang chez une autre dame anémique par les mêmes causes, à un moindre degré..... 71
Exemple d'hydropisie générale par anémie albuminurique consécutive à l'albuminurie dans les fièvres paludéennes invétérées..... 75
Exemple d'anasarque symptomatique d'anémie albuminurique promptement survenue sans cause appréciable et sans albuminurie..... 77
Symptomatologie..... 81
Traitement..... 83
IIIe CLASSE. — HYDROPISIES MIXTES OU PROVENANT SIMULTANÉMENT D'UNE ALTÉRATION DES SOLIDES ET DU SANG, QUELLE QUE SOIT CELLE DES DEUX ALTÉRATIONS QUI AIT PRÉEXISTÉ POUR DONNER NAISSANCE A LA SECONDE OU EN ÊTRE ACCOMPAGNÉE..... 84
Hydropisie par néphrite albumineuse..... 85
Ire OBSERVATION. — Du rapport de l'albuminurie avec les suffusions séreuses dans la maladie de Bright..... 86
IIe OBSERVATION. — 87
IIIe OBSERVATION. — 88
Rôle que joue l'altération rénale pour la production des suffusions séreuses..... 90
Hydropisies par alimentation insuffisante ou malsaine..... 91
Analogie avec les hydropisies scorbutiques..... 92
Hydropisies qui surviennent à la suite de maladies graves, aiguës ou chroniques..... 95
IVe OBSERVATION. — Hydropisie générale consécutive à une fièvre typhoïde grave, avec symptômes de pneumonie. — Terminaison par la mort à la suite d'une hémoptysie peut-être sans exemple sous le rapport de la quantité..... 96
Ve OBSERVATION. — Hydropisie générale consécutive à une dyssenterie chronique. — Albuminurie irrégulière pendant quelques jours. — Pas de traces de lésion rénale spéciale, à l'autopsie.. 99
VIe OBSERVATION. — 103
Hydropisies qui succèdent aux exanthèmes aigus..... 105
Hydropisies consécutives à la suppression d'une sécrétion importante..... 108
VIIe OBSERVATION. — Hydropisie consécutive à la suppression des règles..... 110
Symptomatologie..... 112
Traitement..... 113
Hydropisies des membres paralysés..... 113
CHAP. II — DES HYDROPISIES EN PARTICULIER.
ART. Ier. — DE L'ANASARQUE..... 115
§ Ier. Anasarque par altération des solides..... 121
A. Anasarque par congestion active du tissu cellulaire, phleg-

masie aiguë, sub-aiguë ou chronique..... 121
Étiologie..... 122
Symptomatologie..... 126
Marche, durée, terminaison, pronostic..... 129
Complications..... 130
Diagnostic différentiel..... 131
B. Anasarque par obstacle à la circulation..... 136
Étiologie..... 139
Diagnostic différentiel..... 143
Symptomatologie, marche, durée, terminaison, pronostic..... 145
Complications..... 147
C. Phlegmasia alba dolens..... 148
Étiologie..... 149
Anatomie pathologique..... 149
Symptomatologie..... 151
Traitement..... 152
§ II. Anasarques par altération du sang..... 153
A. Anasarque par exubérance sanguine ou polyémie..... 154
Symptomatologie, marche, terminaison..... 155
Étiologie..... 150
Diagnostic différentiel..... 757
B. Anasarque par anémie albuminurique..... 159
VIIIe OBSERVATION. — Anasarque par anémie albuminurique..... 161
IXe OBSERVATION. — *id.* 164
Xe OBSERVATION. — Anasarque due à l'albuminurie pendant la grossesse..... 169
Étiologie..... 171
Symptomatologie, marche, terminaison, pronostic..... 173
Diagnostic différentiel..... 175
Complications..... 176
Traitement..... 177
§ III. Anasarques par altération des solides et du sang..... 180
A. Anasarque consécutive aux exanthèmes aigus ou chroniques de la peau..... 180
Étiologie..... 181
XIe OBSERVATION. — Anasarque consécutive à la scarlatine..... 184
XIIe OBSERVATION.—Anasarque consécutive à un large érysipèle.... 189
XIIIe OBSERVATION.—Anasarque de même cause..... 190
Symptomatologie, marche, durée, pronostic et complications... 191
Traitement..... 193
B. Anasarque par maladie de Bright..... 194
Anatomie pathologique. — Diverses formes d'altérations rénales. 195
XIVe OBSERVATION. — Albuminurie durant un mois sans altérations des reins à l'autopsie..... 206
Symptomatologie..... 208
1° Anasarque par néphrite albumineuse..... 208
2° Anasarque par néphrite albumineuse chronique..... 210
Diagnostic différentiel..... 213
Pronostic..... 215
Complications..... 216
Étiologie..... 217
Traitement..... 218

C. — Anasarque par suite de scorbut..... 220
Symptômes, marche, durée, terminaison, diagnostic..... 221
Traitement..... 223
§ IV. Traitement de l'anasarque en général..... 224
1° Purgatifs ou excitants de la sécrétion intestinale..... 225
2° Purgatifs drastiques..... 227
Effets de la gomme-gutte à hautes doses dans les anasarques... 229
XV° OBSERVATION. — Anasarque par néphrite albumineuse chronique, traitée par la gomme-gutte..... 231
3° Diurétiques..... 234
4° Sudorifiques..... 236
ART. 2. — DE L'ASCITE..... 239
§ Ier. Ascites existant primitivement seules..... 240
§ II. Ascites existant primitivement en compagnie d'autres suffusions séreuses ou qui en sont précédées..... 241
§ III. Ascite en général..... 242
A. — Signes propres à faire reconnaître l'ascite; marche, terminaison..... 243
B. — Diagnostic différentiel de l'ascite et des maladies ou états anormaux qui peuvent la simuler..... 247
C. — Différences entre les diverses ascites, tant sous le rapport séméiologique que sous celui de l'anatomie pathologique. — Diagnostic différentiel..... 250
Ascites apparaissant primitivement seules.....
1° Ascite par irritation sécrétoire..... 251
2° Ascite par péritonite aiguë ou chronique..... 252
3° Ascite par obstacle à la circulation dans la veine porte..... 256
§ IV. Ascites apparaissant précédées ou accompagnées d'anasarque ou d'autres suffusions séreuses..... 259
Complications de l'ascite en général..... 262
Pronostic..... 263
§ V. Traitement de l'ascite..... 265
Combattre la cause initiale de l'ascite et les causes secondaires d'entretien..... 260
Chercher à obtenir l'élimination du liquide épanché..... 269
Question de la paracentèse. Cette opération est-elle un moyen curatif? — Jusqu'à quel point peut-elle aider à la guérison? 269
Dans quels cas n'est-elle qu'un moyen palliatif..... 271
XVI° OBSERVATION. — Ascite consécutive à une péritonite aiguë, guérison par la paracentèse après onze mois de durée..... 274
XVII° OBSERVATION. — Ascite par irritation congestive du péritoine, vingt-deux mois de durée, guérison à la suite de la paracentèse. 275
Injections irritantes dans la cavité du péritoine, comme moyen curatif de l'ascite..... 276
Médications qui peuvent amener l'élimination du liquide dans l'ascite. — Médications externes ou locales..... 280
Médications internes..... 281
ART. 3. — HYDROTHORAX. — Définition et division..... 283
§ Ier Altérations anatomiques..... 285
Altérations du liquide..... 285
Altérations des plèvres..... 290
§ II. Symptomatologie de l'hydrothorax..... 291

Marche, durée, terminaison..... 303
§ III. Pronostic..... 306
§ IV. Complications..... 308
§ V. Étiologie de l'hydrothorax..... 310
XVIIIe OBSERVATION. — Hydrothorax consécutif à l'anémie albuminurique..... 313
§ VI. Traitement de l'hydrothorax..... 315
Médications externes..... 315
Médications internes..... 317
Question de la thoracentèse..... 320
La thoracentèse est-elle par elle-même une opération inoffensive? 322
Méthode de M. Jules Guérin, ses instruments..... 323
Hydrothorax opérés au Val-de-Grâce par M. Guérin..... 325
A. — Résultat que peut donner la thoracentèse..... 327
B. — Conditions qui font réclamer la thoracentèse. Époque à laquelle on doit la pratiquer..... 329
C. — Conditions qui peuvent contre-indiquer l'opération..... 333
ART. 4. — DE L'HYDROPÉRICARDE. — Définition et divisions..... 337
Altérations anatomiques..... 338
Symptomatologie. — 1° Signes locaux ou directs..... 339
2° Phénomènes généraux ou relatifs..... 343
Marche, durée, terminaison..... 344
XIXe OBSERVATION. — Vaste hydropéricarde consécutif à une péricardite chronique. — Onze ans d'existence..... 346
Moyens de reconnaître la décroissance de l'hydropéricarde..... 351
Complications..... 355
Diagnostic différentiel..... 355
Pronostic..... 358
Étiologie..... 358
XXe OBSERVATION. — Hydropéricarde consécutif à une péricardite rhumatismale..... 361
Traitement de l'hydropéricarde..... 365
XXIe OBSERVATION. — Hydropéricarde consécutif à une péricardite chronique. Traitement par le tartre stibié à hautes doses et les vésicatoires..... 367
Question de la paracentèse appliquée à l'hydropéricarde..... 370
Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet pour pratiquer l'opération. Méthode à mettre en pratique pour son exécution. 372
ART. 5. — HYDROCÉPHALE..... 373
§ I. Hydrocéphale aiguë..... 373
Anatomie pathologique..... 374
Étiologie de l'hydrocéphale aiguë..... 376
§ II. Hydrocéphale chronique..... 378
XXIIe OBSERVATION. — Hydrocéphales chroniques consécutives à une méningite aiguë..... 379
Hydrocéphale chronique congénitale..... 380
Anatomie pathologique de l'hydrocéphale chronique..... 381
Symptomatologie..... 385
Marche et terminaison de l'hydrocéphale chronique et acquise.. 388
Diagnostic..... 389
Étiologie..... 390
Traitement..... 391

Traitement de l'hydrocéphale aiguë..... 391
Traitement de l'hydrocéphale chronique acquise..... 392
Traitement de l'hydrocéphale congénitale..... 393
De la ponction évacuatrice dans le traitement de l'hydrocéphale. 394
ART. 6. — DE L'HYDRORACHIS. — Définition et division..... 397
Hydrorachis acquise et congénitale. — Anatomie. — Pathologie.. 398
Symptomatologie..... 399
Diagnostic différentiel..... 404
Pronostic. — Étiologie..... 406
XXIIIe OBSERVATION. — Hydrorachis consécutive à la néphrite albumineuse chronique..... 407
Traitement..... 408
XXIVe OBSERVATION. — Hydrocéphale chronique, traitée et guérie par l'iodure de potassium..... 409
Opérations tentées en vue de guérir l'hydrorachis congénitale.... 410
Usage des injections iodées contre l'hydrorachis congénitale... 412
XXVe OBSERVATION. — Hydrorachis congénitale guérie par les injections iodées..... 413
ART. 7. — HYDROCÈLE. — Définition et divisions..... 414
XXVIe OBSERVATION. — Hydrocèle chez la femme, traitée et guérie par les injections iodées..... 416
Anatomie pathologique..... 418
Symptomatologie..... 422
Marche, durée, terminaison, pronostic..... 423
Diagnostic différentiel..... 425
Étiologie..... 428
Traitement..... 429
Énumération des procédés opératoires mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle chronique..... 430
Parallèle entre les injections iodées et les injections vineuses... 431
Hydrocèles qu'on peut traiter par les injections iodées et celles qui les excluent..... 433
Méthode de M. Guérin pour la cure de l'hydrocèle..... 435
Méthode de M. Baudens..... 436
ART. 8. — HYDARTHROSE. — Définition..... 438
Anatomie pathologique..... 439
Étiologie..... 440
Symptomatologie, marche, durée, terminaison..... 440
Diagnostic différentiel..... 444
Traitement..... 446
Méthode de traitement de M. Gimelle..... 447
Question de la paracentèse articulaire..... 448
Injections iodées dans les hydarthroses rebelles et invétérées.... 449
XXVIIe OBSERVATION. — Hydarthrose du genou droit, six mois de date ; tous les traitements restent sans succès ; guérison après deux injections iodées..... 450
XXVIIIe OBSERVATION..... 453
Règles à suivre dans l'emploi des injections iodées contre l'hydarthrose, précautions à prendre, soins consécutifs..... 456

DEUXIÈME PARTIE.

DES KYSTES.

Art. 1er. — Des kystes en général 459
§ Ier. Modes de formation des kystes 460
§ II. Division des kystes 462
§ III. Gravité relative des kystes suivant leur situation 464
§ IV. Importance qu'il y a à connaître la structure des parois des kystes 465
§ V. Matières contenues dans les kystes 466
Ire observation. — Fœtus enkysté dans l'abdomen d'une jeune fille de 12 ans 467
IIe observation. — Morceau de lame de poignard fixé dans le corps de la deuxième vertèbre lombaire, et enkysté dans l'abdomen d'un forçat 468
Art. 2. — Des kystes en particulier .....
Ier ORDRE. — Kystes des parties molles .....
§ Ier. Kystes situés à la périphérie du corps, sous la peau, sous les aponévroses, sous les couches musculaires, et à contenu liquide ou semi-liquide 469
A. — Kystes à contenu liquide ou semi-liquide .....
1° Hydropisies des bourses séreuses sous-cutanées et bourses séreuses ou profondes 470
Diagnostic 475
Traitement 477
2° Kystes séreux 478
Traitement 480
3° Kystes hydatiques 481
Diagnostic. — Traitement 482
4° Loupes. — Définition et division 483
Diagnostic 485
Traitement 486
5° Kystes mammaires 487
Traitement 488
6° Kystes purulents 489
Traitement 490
B. Kystes de la périphérie du corps à contenu solide 490
1° Kystes squirrheux et encéphaloïdes 491
Diagnostic 491
Traitement 492
IIe ORDRE. — Kystes des cavités 493
A. — Kystes de la cavité crânienne 493
Symptomatologie, diagnostic 495
Traitement 499
B. — Kystes des cavités buccale et pharyngienne 499
Grenouillette. — Traitement 500
C. — Kystes de la cavité thoracique 503
1° Kystes des poumons 503

IIIe OBSERVATION. — Kyste hydatique du poumon..... 504
2° Kystes du cœur..... 517
3° Kystes encéphalocystes et séreux du cœur..... 507
4° Kystes des médiastins..... 512
5° Kystes du thymus..... 514
6° Kystes des plèvres..... 515
D. — Kystes de la cavité abdominale..... 519
Ire DIVISION. — Kystes intra-péritonéaux..... 521
§ I. Kystes du foie..... 525
IVe OBSERVATION. — Kyste hydatique péribépatique, — Suppuration du kyste. — Abcès multiples dans le foie par infection purulente..... 531
Ve OBSERVATION. — Double kyste hydatique du foie, présumé consécutif à un violent coup reçu sur l'épigastre, quatorze ans avant..... 538
Kystes biliaires..... 540
§ II. Kystes de la rate.....
VIe OBSERVATION. — Kyste acéphalocyste de la rate à poche unique, concomitant avec un kyste acéphalocyste du foie..... 542
§ III. Kystes des ovaires..... 545
Divisions..... 546
VIIe OBSERVATION. — Kyste multiloculaire et gélatiniforme de l'ovaire, simulant une ascite..... 547
Kystes pileux des ovaires..... 550
VIIIe OBSERVATION. — Kyste pileux de l'ovaire droit..... 551
Recherches sur la structure intime des kystes pileux de l'ovaire. 553
IXe OBSERVATION. — Kyste de l'ovaire gauche. — Péritonites purulentes consécutives. — Perforations abdominales. — Guérison.. 556
§ IV. Kystes des reins..... 562
1° Kystes simples..... 563
2° Kystes acéphalocystes..... 565
3° Hydronéphrose ou kystes urinaires..... 566
Marche, terminaison, pronostic des kystes des reins..... 568
Diagnostic..... 569
Traitement..... 570
Symptomatologie des kystes intra-péritonéaux en général..... 571
Marche des kystes intra péritonéaux..... 573
Terminaison..... 574
Complications..... 575
Diagnostic différentiel..... 576
Traitement des kystes intra-péritonéaux..... 580
Xe OBSERVATION. — Kyste intra-péritonéal. — Rupture de la poche. — Épanchement du contenu dans la cavité abdominale. — Péritonite consécutive. — Guérison..... 581
IIe DIVISION. — Kystes abdominaux extra-péritonéaux..... 588
§ Ier. Kyste de la paroi antérieure..... 588
XIe OBSERVATION. — Kyste des parois du ventre, constitué par une hydatide unique..... 589
XIIe OBSERVATION. — Hydromphale consécutive à une hernie ombilicale..... 591
Symptômes, marche, durée, terminaison..... 592
Diagnostic..... 593

Traitement..... 596
§ II. Kystes de la paroi postérieure..... 598
§ III. Kystes des parois inférieures..... 600
1° Hématocèle rétro-utérine. — Son histoire..... 600
Diagnostic différentiel..... 606
Traitement..... 608
2° Kystes hydatiques de la matrice, kystes multiloculaires en grappes..... 609
XIIIe OBSERVATION. — Expulsion d'une môle hydatique au septième mois de la grossesse, et après plusieurs hémorrhagies..... 610
XIVe OBSERVATION. — Hydatides expulsées après six mois de grossesse présumée..... 611
XVe OBSERVATION. — Hydatides membraneuses expulsées de l'utérus..... 612
3° Kystes de la vessie..... 615
XVIe OBSERVATION. — Émission d'hydatides par les urines..... 615
IIIe ORDRE. — KYSTES DES OS..... 618
1° Kystes à contenu liquide..... 618
2° Kystes à contenu solide..... 619
Symptomatologie..... 621
Diagnostic..... 622
3° Kystes hydatiques des os..... 629
Symptomatologie. — Diagnostic..... 624
Traitement des kystes des os en général..... 625

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

CATALOGUE

DES

LIVRES DE MÉDECINE,

CHIRURGIE, ANATOMIE, PHYSIOLOGIE,

HISTOIRE NATURELLE, PHYSIQUE, CHIMIE, PHARMACIE

QUI SE TROUVENT

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

(CI-DEVANT RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.)

A PARIS.

NOTA. Une correspondance active avec l'Angleterre et l'Allemagne permet à M. *J.-B. Baillière* d'exécuter dans un bref délai toutes les commissions de librairie qui lui seront confiées.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE,

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE FRANÇAISE ET ANGLAISE,

219, REGENT STREET.

A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

290, BROADWAY.

A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE,

LIBRAIRE, CALLE DEL PRINCIPE, N° 11.

Septembre 1852.

Sous presse pour paraître incessamment.

TRAITÉ DE CHIMIE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE ou des Principes immédiats du corps de l'homme et des mammifères à l'état normal et à l'état pathologique, par MM. Ch. Robin, professeur d'anatomie générale et de microscopie, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Verdeil, professeur de chimie, 3 vol. in-8, avec atlas de 45 planches gravées.

ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin-oculiste des maisons d'éducation de la légion d'honneur, etc. Paris, 1852.

Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte grand in-4 et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleurs, retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

Une livraison paraîtra toutes les six semaines. Prix de chaque. 7 fr. 50

La *première livraison* a été publiée le 1er août 1852.

TRAITÉ DE PALÉONTOLOGIE, ou Histoire naturelle des animaux fossiles, considérés dans leurs rapports zoologiques et géologiques, par F. J. Pictet, professeur de zoologie et d'anatomie comparée de l'académie de Genève. *Deuxième édition*, corrigée et considérablement augmentée; 4 forts vol., in-8, accompagné d'un atlas de 110 planches grand in-4.

Cet ouvrage sera publié en 4 livraisons, chacune composée d'un volume in-8 et d'un cahier de 27 planches in-4. — La première livraison paraîtra en novembre 1852; les autres livraisons seront publiées tous les 4 à 5 mois.

HISTOIRE DES SCIENCES NATURELLES AU MOYEN ÂGE; ou ALBERT-LE-GRAND et son époque considérés comme point de départ de l'école expérimentale, par le docteur P.-A. Pouchet, professeur de zoologie du Muséum d'histoire naturelle de Rouen, correspondant de l'Institut, 1 vol. in-8.

ŒUVRES D'ORIBASE, texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches, par les docteurs Bussemaker et Daremberg. Paris, 1851. Tome Ier; in-8 de 700 pages. 12 fr.

Le tome II est *sous presse*.

ŒUVRES MÉDICALES ET PHILOSOPHIQUES DE GALIEN, traduites en français, annotées et précédées d'une introduction historique, par M. le docteur Ch. Daremberg, 2 vol. in-8.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES ARTICULAIRES, par le docteur A. Bonnet, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine, 1 vol. in-8 avec 100 planches intercalées dans le texte.

STATISTIQUE MORALE DE L'ANGLETERRE COMPARÉE AVEC CELLE DE LA FRANCE, d'après les documents officiels présentés au Parlement et les Arrêtés de la Cour criminelle centrale de Londres, et les Comptes de l'administration de la justice criminelle de France, par M. A. Guerry, membre correspondant de l'Institut de France, de la Société de statistique de Londres. 1 vol. in-4 avec tableaux et cartes gravées.

TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE COMPARÉES DANS L'HOMME ET LES ANIMAUX, par MM. U. Leblanc, médecin vétérinaire, et le docteur P. Follin, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux, etc. 2 vol. in-8 avec figures.

TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE normale et pathologique chez l'homme et les principaux mammifères (Histoire des éléments anatomiques des tissus et Histologie), par le docteur Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie générale et de microscopie. 2 vol. in-8 accompagnés d'un Atlas de 40 planches gravées.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, comprenant les applications à la pathologie, par le docteur Claude Bernard, professeur d'anatomie et de physiologie expérimentale, suppléant de M. Magendie au collége de France, lauréat de l'Institut, etc. 2 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte.

HISTOIRE NATURELLE DES MOLLUSQUES TERRESTRES ET FLUVIATILES DE LA FRANCE, par A. Moquin-Tandon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Toulouse, etc.

Cet ouvrage formera un fort volume in-8 de 600 à 700 pages, accompagné d'un Atlas de 22 planches gravées et coloriées avec le plus grand soin, représentant toutes les espèces avec la figure de l'animal par genres.

LIVRES DE FONDS.

ABEILLE. Traité des hydrocèles et des kystes ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités naturelles et accidentelles, par le docteur J. Abeille, médecin de l'hôpital militaire du Roule, lauréat de l'Académie de médecine. Paris, 1852. 1 vol. in-8 de 640 pages. 7 fr. 50

AMYOT. Entomologie française. Rhyncotes. Paris, 1848, in-8 de 500 pages, avec 5 planches. 8 fr.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, par MM. Adelon, Andral, Bayard, Boudin, Brierre de Boismont, Chevallier, Devergie, Esquirol, Gaultier de Claubry, Guérard, Kéraudren, Leuret, Marc, Ollivier (d'Angers), Orfila, Parent-Duchatelet, Amb. Tardieu, Tarnier, Villermé.

Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale paraissent depuis 1829 régulièrement tous les trois mois par cahiers de 15 à 16 feuilles in-8, environ 250 pages, avec des planches gravées.

Le prix de l'abonnement par an pour Paris, est de : 18 fr.

— 21 fr., franc de port pour les départements. — 24 fr. pour l'étranger.

La collection complète 1829 à 1852, dont il ne reste que peu d'exemplaires, 48 vol. in-8., fig., prix : 432 fr. Les dernières années séparément; prix de chaque. 18 fr.

Tables alphabétiques par ordre des matières et par noms d'auteurs des Tomes I à XX, pour 1829 à 1838, in-8. 2 fr.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, publiées par MM. Bégin, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; le docteur Marchal (de Calvi), professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, Vidal (de Cassis), Chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Paris, 1841 à 1845. 15 vol. in-8, figures. 60 fr.

Chaque année séparément, 3 vol. in-8. 20 fr.

Cette importante collection présente l'état actuel de la chirurgie; elle contient un grand nombre de mémoires de chirurgie, par MM. Velpeau, Bégin, Vidal (de Cassis), Marchal (de Calvi), Giraldès, Diefenbach, Linton, Ammon, Robert, Maisonneuve, Alobel, Tardieu, d'Arcet, Sédillot, Chailly, Cazeaux, etc.

ANNUAIRE DE CHIMIE, comprenant les applications de cette science à la médecine et à la pharmacie, ou Répertoire des découvertes et des nouveaux travaux en chimie faits dans les diverses parties de l'Europe; par MM. E. Millon, J. Reiset, avec la collaboration de M. le docteur F. Hoefer, et de M. Nicklès.

— *Première année*, Paris, 1845, 1 vol. in-8 de 700 pag. . . . . 7 fr. 50.
— *Deuxième année* 1846, 1 vol. in-8 de 900 pages. . . . . 7 fr. 50.
— *Troisième année*, 1847. 1 vol. in-8 de 820 pages . . . . . 7 fr. 50.
— *Quatrième année*, 1848. 1 vol. in-8 de 600 pages . . . . . 7 fr. 50.
— *Cinquième année*, 1849, 1 vol. in-8 de 630 pages. . . . . 7 fr. 50.
— *Sixième année*, 1850, 1 vol. in-8 de 765 pages. . . . . 7 fr. 50.
— *Septième année*, 1851, 1 vol. in-8 de 600 pages. . . . . 7 fr. 50.

Cet ouvrage paraît en janvier de chaque année.

Pour connaître le mouvement et les progrès qui s'opèrent en chimie, pour en apprécier tous les détails, il n'est pas de publications que les travailleurs ne doivent interroger; il leur faut consulter plus de vingt recueils, qui nécessitent non seulement beaucoup de temps, mais la connaissance de plusieurs langues. C'est dans le but d'obvier à ces inconvénients que les auteurs ont entrepris de présenter, chaque année, une exposition complète de l'ensemble de tous les travaux dont la chimie fait l'objet, et qui s'exécutent en France ou à l'étranger.

ARCHIVES ET JOURNAL DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE, publiés par une société de médecins de Paris. — *Collection complète*. Paris, 1834-1837, 6 volumes in-8. 30 fr.

C'est dans l'*Organon* le *Traité des maladies chroniques* et la *Matière médicale pure* de Hahnemann, qu'on trouve les principes et les moyens d'application de cette doctrine nouvelle. Mais, quelque indispensables que soient ces trois ouvrages fondamentaux, bien des questions secondaires soulevées par la théorie et la pratique, n'ont pu y trouver place. Ces questions importantes ont cependant été examinées, discutées, approfondies à l'étranger, en Allemagne surtout. Ce journal a reproduit tout ce qui peut mettre en état de mieux apprécier le caractère et la haute portée de l'homoeopathie.

AUVERT (Alex.), Selecta praxis medico-chirurgicæ quam Mosquæ exercet, typis et figuris expressa Parisis moderata, Amb. Tardieu. Parisiis et Mosquæ, 1848-1851, grand in-folio avec 120 planches gravées et coloriées, ouvrage complet. 480 fr.

Ce bel ouvrage est complet; il a été publié en 24 livraisons au prix de 20 fr. chaque; il comprend 120 planches grand in-folio, papier vélin colombier, gravées en taille douce, tirées en couleur, et retouchées au pinceau avec le plus grand soin pour le fini des détails pathologiques.

Chaque sujet est accompagné de son texte particulier, explicatif, raisonné, imprimé dans le même format et placé en regard de la planche.

BASSEREAU. TRAITÉ DES AFFECTIONS DE LA PEAU, symptomatiques de la Syphilis, par le docteur L. BASSEREAU, membre de la Société de médecine de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis et de l'hospice des Vénériens, etc. Paris, 1852. 1 vol. in-8 de 600 pages. 7 fr. 50

BAUDRIMONT. TRAITÉ DE CHIMIE générale et spéciale, avec les applications aux arts, à la médecine et à la pharmacie, par le docteur A. BAUDRIMONT, professeur agrégé de chimie à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1844-1846, 2 vol. in-8, ensemble 1560 pages, avec 260 figures intercalées dans le texte. 18 fr.
Tome IIe in-8 de 984 pages avec figures. 9 fr.

« Convaincu que l'enseignement des sciences doit avoir pour but d'en faire comprendre l'ensemble et non point d'en développer toutes les parties, j'ai cru qu'il serait convenable de publier un traité de chimie dans lequel les faits utiles par leur application ou par l'appui qu'ils prêtent à la philosophie de cette science fussent enregistrés avec soin et d'une manière concise, mais aussi complète que possible, tandis que tous les faits douteux ou sans application en seraient rejetés entièrement. Mon intention et mon désir sont que l'élève qui aura étudié ce traité de chimie, et qui en aura répété les principales expériences, puisse sans aucun autre secours consulter les annales de la science, et se mettre ainsi au courant des faits dont il désire connaître les détails. L'enseignement que j'ai fondé pour les sciences, et en particulier pour la chimie et ses applications, m'a démontré, par huit années d'expériences, que ce but pouvait être atteint.

« Le choix des matières, le soin que j'ai apporté à n'enregistrer que des faits authentiques et qui, pour la plupart, ont été vérifiés dans mes laboratoires, me donnent aussi la confiance que ce livre pourra être consulté par ceux qui, connaissant la chimie ou se livrant à ses applications, ont besoin de renseignements positifs. » (*Préface de l'auteur.*)

BAUDRIMONT. DU SUCRE ET DE SA FABRICATION, suivi d'un précis de la législation qui régit cette industrie, par A. TERNUCHET. Paris, 1841, in-8, avec 21 figures. 3 fr.

BAUDRIMONT ET MARTIN SAINT-ANGE. Recherches anatomiques et physiologiques sur le DÉVELOPPEMENT DU FOETUS, et particulièrement sur l'évolution embryonnaire des oiseaux et des batraciens. Paris, 1851, 1 vol. in-4 avec 18 planches gravées et coloriées. 35 fr.

BAYLE. BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE, ou Recueil de mémoires originaux et des travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicaments, recueillis et publiés par A.-L.-J. Bayle, D. M. P., agrégé et sous-bibliothécaire à la Faculté de Médecine. Paris, 1828-1837, 4 forts vol. in-8. 20 fr.

La bibliothèque de thérapeutique, ayant pour unique but le perfectionnement de la connaissance des maladies, déduit de l'observation pure, est essentiellement un ouvrage de médecine pratique expérimentale, et n'a aucun rapport avec les traités de matière médicale connaît en grande partie à des détails sur l'histoire naturelle, les propriétés physiques et chimiques des médicaments.

Elle se compose : 1° du recueil de tous les faits anciens et modernes publiés jusqu'aujourd'hui dans toutes les langues sur les vertus des agents thérapeutiques ; 2° de conclusions générales tirées de ces faits comparés, analysés et comptés, conclusions qui sont placées à la suite de chaque recueil d'observations sous le nom de Résumé.

Les faits cliniques enfermés par extrait ou en substance dans les quatre volumes de la bibliothèque de thérapeutique s'élèvent à 11,945.

BAZIN. DU SYSTÈME NERVEUX, DE LA VIE ANIMALE ET DE LA VIE VÉGÉTATIVE, de leurs connexions anatomiques et des rapports physiologiques, psychologiques et zoologiques qui existent entre eux, par A. BAZIN, professeur d'anatomie, de physiologie et de zoologie à la Faculté des Sciences de Bordeaux, etc. Paris, 1841, in-4, avec 6 planches. 9 fr.

BEAUVAIS. EFFETS TOXIQUES ET PATHOGÉNÉTIQUES DE PLUSIEURS MÉDICAMENTS sur l'économie animale dans l'état de santé, par le docteur BEAUVAIS (de Saint-Gratien). Paris, 1845, in-8 de 420 pages. Avec huit tableaux in-folio. 7 fr.

BEAUVAIS. CLINIQUE HOMOEOPATHIQUE, ou Recueil de toutes les observations pratiques publiées jusqu'à nos jours, et traitées par la méthode homœopathique. *Ouvrage complet.* Paris, 1836-1840, 9 forts volumes in-8. 45 fr.

BÉGIN. ÉTUDES SUR LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN FRANCE, son passé, son présent et son avenir, par le docteur L.-J. BÉGIN, Chirurgien-Inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, de l'Académie nationale de médecine, ancien Chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, etc. Paris, 1849, in-8 de 370 pages. 4 fr. 50

BÉGIN. NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRES, par le docteur L.-J. BÉGIN, *Deuxième édition*, augmentée. Paris, 1838, 3 vol. in-8. 20 fr.

BÉGIN. TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par le docteur L.-J. BÉGIN. Paris, 1828. 2 vol. in-8. 16 fr.

BÉGIN. Application de la doctrine physiologique a la chirurgie, par le docteur L.-J. Bégin. Paris, 1823, in-8. 2 fr. 50

BÉGIN. Quels sont les moyens de rendre en temps de paix les loisirs du soldat français plus utiles à lui-même, à l'état et à l'armée, sans porter atteinte à son caractère national ni à l'esprit militaire, par le docteur L.-J. Bégin, Paris, 1843, in-8. 1 fr. 25

BELMAS. Traité de la cystotomie sus-pubienne. Ouvrage basé sur près de cent observations tirées de la pratique du docteur Souberbielle, par D. Belmas, docteur en chirurgie de la Faculté de Paris, etc. Paris, 1827, in-8, fig. 6 fr.

BERTON. Traité pratique des maladies des enfants, depuis la naissance jusqu'à la puberté, fondé sur de nombreuses observations cliniques, et sur l'examen et l'analyse des travaux des auteurs qui se sont occupés de cette partie de la médecine, par M. le docteur A. Berton, avec des notes de M. le docteur Baron, médecin de l'hôpital des Enfants-Trouvés, etc. *Deuxième édition* entièrement refondue. Paris, 1842, in-8 de 820 pages. 9 fr.

Rendu éminemment pratique par le grand nombre d'observations cliniques qu'il résume, par le concours et le résumé des opinions diverses, et par les développements thérapeutiques qu'il présente, ce nouveau *Traité des maladies des enfants* sera consulté avec fruit par tous les médecins.

BERZÉLIUS. De l'emploi du chalumeau dans les analyses chimiques et les déterminations minéralogiques, traduit de suédois, par F. Fassael. Paris, 1842, 1 vol. in-8, avec 4 planches. 6 fr. 50

BERZÉLIUS. Théorie des proportions chimiques, et tableaux synoptiques des poids atomiques des corps simples, et de leurs combinaisons les plus importantes, par J.-J. Berzélius. 2e édition considérablement augmentée. Paris, 1835, in-8. 8 fr.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger, par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*. — Ouvrage adopté par l'Université, pour les Facultés de médecine et les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France; et par le ministère de la guerre, sur la proposition du conseil de santé des armées, pour les hôpitaux d'instruction. Paris, 1843-1851. *Ouvrage complet*, 15 vol. grand in-8, de chacun 700 p. à deux colonnes. Prix de chaque : 8 fr. 50.

Ce n'est point ici une indigeste compilation, un rapprochement inintelligent des opinions des auteurs; ce n'est pas la réimpression pure et simple des ouvrages anciens ou modernes; c'est un travail intellectuel complet, une analyse raisonnée des monographies et des traités de médecine et de chirurgie français et étrangers les plus importants, un livre original enfin, par la forme même des recherches qu'il contient, par la critique éclairée des opinions, et par une foule d'aperçus et de matériaux inédits. C'est un livre qui tient le milieu entre les ouvrages de clinique et les traités dogmatiques et élémentaires de médecine et de chirurgie. Evitant avec soin la prolixité surabondante des uns, la stérile concision des autres, les auteurs ont eu, dans chaque traité spécial, joindre l'exemple au précepte, appuyer les doctrines et les méthodes de traitement sur des faits bien choisis et pouvant servir de type et de modèle. Ces faits, ils les empruntent à tous les maîtres de l'art. Hippocrate, Galien, Celse, Ambroise Paré, Sydenham, Morgagni, Scarpa, Chopart, Desault, Pinel, Broussais, Boyer, Dupuytren, etc., sont mis à contribution tour à tour, et les observations ou les opinions empruntées à leurs ouvrages se trouvent souvent en regard des opinions et des observations des médecins et chirurgiens vivants, observations et opinions communiquées verbalement ou recueillies dans les publications contemporaines, et dans cette mine inépuisable et si mal explorée jusqu'ici des meilleurs journaux de médecine qui se publient en Europe et en Amérique depuis cinquante ans.

Un travail de recherches et d'analyses a été exécuté, sur chaque branche de la pathologie interne et externe, avec le même soin, le même étendue, le même examen consciencieux pour tous les volumes; ainsi, des ouvrages qui, pour chaque partie de la science, formeraient à eux seule une volumineuse bibliothèque, sont cités, analysés, résumés, appréciés, de sorte que le lecteur a immédiatement sous les yeux et en quelques pages tout ce qu'il lui importe de savoir, connaissances dont l'acquisition lui coûterait plusieurs années d'un travail assidu et des dépenses incalculables.

On jugera d'ailleurs par la simple indication des matières de chaque volume, l'importance et la variété des sujets qui y sont traités.

Le Tome Ier contient les *Maladies des femmes*, qui embrassent : 1o les maladies des parties externes de la génération; 2o les maladies du périnée; 3o les maladies des parties internes de la génération; 4o maladies de l'utérus et de ses annexes; 5o maladies du col de la matrice; 6o maladies des trompes utérines; 7o maladies des ovaires.

Le Tome II contient la suite des *Maladies des femmes* : 1° maladies des mamelles; 2° maladies du mamelon; 3° maladies attribuées à des lésions de la circulation et de l'innervation. Puis les *Maladies de l'appareil urinaire* : 1° maladies des reins; 2° maladies des calices et des bassinets; 3° maladies des uretères; 4° maladies de la vessie.

Le Tome III contient la suite des *Maladies de l'appareil urinaire*. Maladies de la vessie (partie très importante) comprenant les corps étrangers à la vessie introduits par l'urètre, par les

plaies ou par le tube digestif, les calculs, leur dissolution, leur extraction, la lithotritie, avec planches, la taille, les hernies de la vessie, les névralgies, la paralysie, la cystite, le catarrhe de la vessie, l'hématurie, les abcès, les fistules, la gangrène, l'hypertrophie et l'atrophie, les polypes, les fungus, les tubercules, le cancer, les acéphalocystes et les vers de la vessie.

Le Tome IV contient la fin des *Maladies de l'appareil urinaire* et les *Maladies des organes de la génération chez l'homme* : 1° maladies du col de la vessie; 2° maladies de la prostate; 3° maladies de l'urètre (vices de conformation, contusions, corps étrangers, névroses, inflammations, rétrécissements de l'urètre, rétention d'urine, exposition des diverses méthodes de traitement); 4° maladies du pénis; 5° maladies des vésicules séminales (pertes séminales involontaires); maladies des bourses (vices de conformation, contusions, plaies, inflammation des testicules, testicules syphilitiques, végétations, atrophie, hypertrophie, spermatocèle, dégénérescences, tubercules, cancer, kystes des testicules, hydrocèle, hématocèle, pneumatocèle, sarcocèle, varicocèle, tumeurs et cancer du scrotum, etc.).

Les Tomes V et VI contiennent les *Maladies des enfants*, de la naissance à la puberté (Médecine et chirurgie). C'est pour la première fois que la médecine et la chirurgie des enfants se trouvent réunies; ces deux volumes forment donc le Traité le plus complet qui existe sur les Maladies des Enfants; ils présentent le résumé des travaux de Baumes, Billard, Blache, Barthez et Rilliet, Barrier, Brachet, Evanson et Maunsell, P. Dubois, Goelis, Henke, Geoffroy-Saint Hilaire, Guersant, Richard, Rosen, Roux, Underwood, Valleix, etc., etc., ainsi que d'un grand nombre de mémoires extraits des journaux français et étrangers.

Le tome VII contient *Traité des maladies vénériennes*, il présente une exposition complète de la doctrine et de la pratique des médecins français et étrangers qui ont fait une étude particulière de la syphilis.

Le tome VIII contient : *Traité des maladies de la peau*, en présentant l'exposé de la doctrine et de la pratique des dermatophiles français et étrangers les plus célèbres, il offre l'ouvrage le plus complet que les médecins désireux de suivre les progrès de la science puissent consulter.

Le tome IX contient *Traité des maladies du cerveau, maladies mentales et maladies nerveuses*, il présente l'exposition des travaux les plus récents sur les désordres de l'intelligence, etc.

Le tome X contient *Traité des maladies des yeux et des oreilles*, et présente l'ensemble des travaux les plus modernes français, anglais et allemands sur les maladies des yeux et de l'organe auditif.

Le tome XI contient: Traité des maladies de l'*appareil digestif et de ses annexes*, et comprend: Maladies des lèvres, de la langue, de la bouche, des amygdales, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et des intestins, du rectum et de l'anus, du péritoine, du foie, de la rate, du pancréas, etc.

Le tome XII contient : Traité des maladies de l'*appareil respiratoire et circulatoire*, et comprend : maladies du nez, des fosses nasales, des sinus frontaux maxillaires, du corps thyroïde, maladies de poitrine, des poumons, bronchite capillaire, pneumonie, emphysème des poumons, phthisie pulmonaire, pleurésie, pneumothorax, maladies du cœur et des artères, anévrismes, etc.

Le tome XIII contient, *Maladies de l'appareil locomoteur*, comprenant : Maladies des os, plaies, fractures, ostéite, cancer, maladies des muscles, rhumatisme, goutte, infection purulente, etc.

Le tome XIV contient : *Traité de thérapeutique et de matière médicale* dans lequel on trouve une juste appréciation des travaux les plus récents sur l'histoire et l'emploi des substances médicales, français, italiens, anglais et allemands.

Le tome XV contient : *Traité de médecine légale et de toxicologie (avec figures)*, présentant l'exposé des travaux les plus récents dans leurs applications pratiques.

Conditions de la souscription :

La Bibliothèque du Médecin-Praticien en 15 volumes grand in-8, sur double colonne, et contenant la matière de 45 volumes in-8 ordinaires, est *complète*. Prix de chaque volume. 9 fr. 50

L'on peut toujours souscrire en retirant un volume par mois, ou acheter chaque monographie séparément.

BIGEL. HOMŒOPATHIE DOMESTIQUE, comprenant l'hygiène, le régime à suivre pendant le traitement des maladies et la thérapeutique homœopathique, par le docteur BIGEL, précédée d'une notice sur l'hôpital homœopathique de la Charité de Vienne; *deuxième édition entièrement refondue*, par le docteur BEAUVAIS (de Saint-Gratien). Paris, 1839, in-18, de 624 pages. 5 fr. 50

BILLARD. DE LA MEMBRANE MUQUEUSE GASTRO-INTESTINALE dans l'état sain et dans l'état inflammatoire, par le docteur C. BILLARD, ancien interne des hôpitaux civils de Paris, etc. Paris, 1825, in-8. 6 fr.

BLANDIN. NOUVEAUX ÉLÉMENTS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE; par F.-Ph. BLANDIN, docteur, chef des travaux anatomiques, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1838, 2 forts volumes in-8. 16 fr.

Ouvrage adopté pour les dissections dans les amphithéâtres d'anatomie de l'école pratique de la Faculté de Médecine de Paris, et par le Ministère de la Guerre pour les élèves des hôpitaux militaires.

BLANDIN. ANATOMIE DU SYSTÈME DENTAIRE, considérée dans l'homme et les animaux. Paris, 1836, in-8, avec une planche. 4 fr. 50

BŒNNINGHAUSEN. MANUEL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE, pour servir de guide au lit des malades et à l'étude de la matière médicale pure. Traduit de l'allemand par le docteur D. ROTH. Paris, 1846, in-12 de 600 pag. 7 fr.

BŒNNINGHAUSEN. TABLEAU de la principale sphère d'action et des propriétés caractéristiques *des remèdes antipsoriques*, précédé d'un Mémoire sur la répétition des doses, par le docteur HERING. Traduit de l'allemand par DE BAERMENOV et T. RAPOU, avec des considérations sur les remèdes homœopathiques. Paris, 1836, in-8. 5 fr. 50

BOISSEAU. Nosographie organique, ou Traité complet de Médecine pratique; par F.-G. Boisseau, D.M.P., memb. des Acad. nat. de Méd. de Paris et de Madrid, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Metz. Paris, 1828-1830, 4 forts vol. in-8. 34 fr.

BOISSEAU. Pyrétologie physiologique, ou Traité des fièvres considérées dans l'esprit de la nouvelle doctrine médicale; par F.-G. Boisseau. Quatrième édition, augmentée. Paris, 1832, in-8. 9 fr.

BOIVIN. Mémorial de l'art des accouchements, ou Principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité de Paris, et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers, avec 145 gravures représentant le mécanisme de toutes les espèces d'accouchements; par madame Boivin, sage-femme en chef. *Quatrième édition, augmentée.* Paris, 1836, 2 vol. in-8. 14 fr.

Ouvrage adopté par le gouvernement comme classique pour les élèves de la Maison d'accouchements de Paris.

BOIVIN. Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la mole vésiculaire, ou Grossesse hydatique. Paris, 1827, in-8. 9 fr. 50

BOIVIN. Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement, suivies d'un mémoire sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin; par madame Boivin. Paris, 1828, in-8, fig. 4 fr.

BOIVIN. Observations sur les cas d'adhérence du placenta, 1829. In-8. 1 fr. 50

BOIVIN et **DUGÈS.** Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, appuyé sur un grand nombre d'observations cliniques; par madame Boivin, docteur en méd., sage-femme, surveillante en chef de la Maison nationale de Santé, et A. Dugès, prof. à la Fac. de Méd. de Montpellier. Paris, 1833, 2 v. in-8. 14 fr.

— Atlas de 41 planches in-fol., gravées et coloriées, *Représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme.* Paris, 1833, in-fol., avec explication. 60 fr.

— L'ouvrage complet pris ensemble, 2 v. in-8, avec atlas de 41 pl. in-fol. 70 fr.

La qualification de *pratique* donnée à ce travail n'est pas une expression vaine et destinée seulement à le présenter sous des auspices plus favorables : il le mérite, parce qu'il est entièrement déduit de l'observation. Les auteurs ont donné aux maladies les plus *fréquentes*, à celles dont le diagnostic est le plus important et le plus difficile, à celles dont le traitement et ses divers modes peuvent être discutés d'après les résultats de l'expérience, toute l'extension nécessaire pour les rendre plus profitables au lecteur : en un mot, on y trouve à chaque pas d'excellents préceptes dont une longue pratique pouvait seule confirmer la justesse et l'utilité. Précision et clarté, jugement sain, érudition choisie, savoir solide : telles sont les qualités qui distinguent ce livre éminemment remarquable, destiné à occuper une des premières places dans les bibliothèques de tous les médecins, de tous les accoucheurs. Les observations personnelles de madame Boivin, fruit d'études longues, soit dans les hôpitaux consacrés spécialement aux femmes, soit en ville dans une pratique étendue, les remarques et les observations de M. Dugès, les souvenirs de madame Lachapelle, tout se réunit pour ajouter à l'attrait du sujet.

Un bel Atlas, in-folio, de quarante et une planches gravées et coloriées avec soin, exécutées sur les dessins de madame Boivin elle-même, par A. Chazal, si connu par la perfection qu'il apporte dans les planches anatomiques, *forme le complément indispensable de l'ouvrage.* Ces planches ne contribueront pas peu à répandre un grand jour sur des maladies que tant de causes ont laissées dans un vague et une obscurité aussi pénibles pour les gens de l'art que funestes pour les malades.

BONNET. Traité des maladies des articulations, par le docteur A. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine. Paris, 1845, 2 vol. in-8, et atlas de 16 pl. in-4. 20 fr.

C'est avec la conviction de remplir une lacune dans la science que M. Bonnet a entrepris ce *Traité des Maladies des Articulations.* Fruit d'un travail assidu de plusieurs années, il peut être présenté comme l'œuvre de prédilection de cet habile chirurgien. Sa position à la tête de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lui a permis d'en vérifier tous les faits au lit du malade, à la salle d'opérations, à l'amphithéâtre anatomique; et dans un enseignement public il n'a cessé d'appeler sur ce sujet le contrôle de la discussion et de la controverse. Voilà les titres qui recommandent cet ouvrage à la méditation des praticiens. Il est ainsi divisé :

Première partie. Des maladies des articulations, en général. — Anatomie pathologique générale des maladies articulaires. — Étiologie générale. — Diagnostic. — Thérapeutique générale des maladies articulaires, traitement local, traitement général.

Deuxième partie. Des diverses espèces de maladies articulaires. — De l'entorse. — Contusions des articulations. — Des plaies des articulations. — De l'arthrite aiguë. — Du rhumatisme articulaire aigu. — De l'arthrite chronique. — Des hydarthroses. — Des corps étrangers des articulations. — Du rhumatisme chronique. — De la goutte. — Des tumeurs fongueuses des articulations. — Des abcès des articulations — Maladies tuberculeuses des articulations. — Des douleurs sans lésions matérielles appréciables à l'extérieur. — Déplacements consécutifs des articulations. — De l'ankylose. — Des maladies extérieures aux articulations.

Troisième partie. Caractères spéciaux des maladies de chaque articulation en particulier. — Maladies de l'articulation du genou. — Des maladies de la hanche. — Maladies de l'articulation du pied. — Maladies des articulations de la colonne vertébrale. — Maladies de l'articulation scapulo-humérale. — Maladies du coude. — Maladies de l'articulation du poignet.

BOUCHUT. Traité pratique des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle, précédé d'un Précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants, par le docteur E. Bouchut, ancien interne du service des enfants de l'hôpital Necker, médecin des hôpitaux. *Deuxième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 920 pages. 9 fr.

L'étude des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle exige une attention très grande dirigée par un médecin instruit. Un guide est absolument nécessaire dans l'observation des phénomènes morbides de la première enfance. A l'âge où toutes les fonctions encore incomplètes semblent essayer leurs forces, et où le moindre accident les trouble violemment, il y a toujours à craindre pour le médecin de rester en deçà et au delà de la vérité, et souvent d'agir trop tôt ou trop tard. La pratique de ces maladies est toute différente de la pratique des maladies de l'adulte, et l'ouvrage destiné à dissiper les incertitudes qu'elle fait naître sera toujours bien accueilli des médecins.

Riche des travaux de ses devanciers, et mettant à profit sa position comme interne pendant plusieurs années dans le service des jeunes enfants dirigé par M. Trousseau, à l'hôpital Necker, M. Bouchut a pu, sous ce maître habile, étudier avec soin et sous leurs divers aspects les maladies qu'il décrit. La partie thérapeutique fixera surtout l'attention des praticiens, et c'est sous ce point de vue que se distingue le livre de M. Bouchut.

BOUCHUT. Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements prématurés, par le docteur E. Bouchut, médecin des hôpitaux de Paris. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Paris, 1849, in-12 de 400 pages. 3 fr. 50

Ce remarquable ouvrage est ainsi divisé. *Première partie.* Appréciation des faits de morts apparentes rapportées par les auteurs. — De la vie et de la mort. — De l'agonie et de la mort. — Des signes de la mort. — Signes immédiats de la mort. — Signes éloignés de la mort. — Signes de la mort apparente. — *Deuxième partie :* Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés ? — Instructions administratives relatives à la vérification légale des décès dans la ville de Paris. — *Troisième partie :* LXXVIII observations de morts apparentes d'après divers auteurs. — Rapport à l'Institut de France, par M. le docteur Rayer.

BOUILLAUD. Traité de nosographie médicale, par J. Bouillaud, Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1846, 5 vol. in-8 de chacun 700 pag. 35 fr.

Pour entreprendre un *Traité de nosographie médicale*, il faut être, comme M. Bouillaud, placé à la tête d'un grand service médical, et avoir vu et cent fois vu les mêmes affections sous leurs divers aspects, afin de pouvoir les décrire avec exactitude, en faire bien connaître les symptômes et en formuler le traitement approprié. On conviendra qu'il n'y a guère qu'un professeur de clinique médicale qui puisse remplir les conditions requises pour la composition d'un tel ouvrage. Aussi les travaux, les difficultés de tout genre que présente la composition d'un traité de médecine, même aux médecins qui s'y sont préparés par une longue expérience sur le lit des malades, sont réellement extrêmes. On ne doit donc pas s'étonner si ce n'est qu'après quinze ans d'enseignement pratique dans la chaire illustrée par les Corvisart et les Laënnec, ses prédécesseurs, que M. Bouillaud, comptant de remplir une des lacunes de la littérature médicale actuelle, s'est décidé à publier son *Traité de nosographie médicale.*

BOUILLAUD. Clinique médicale de l'Hôpital de la Charité, ou Exposition statistique des diverses maladies traitées à la Clinique de cet hôpital; par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1837, 3 vol. in-8. 21 fr.

BOUILLAUD. Traité clinique des maladies du cœur, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe; par J. Bouillaud. *Deuxième édition considérablement augmentée.* Paris, 1841, 2 forts vol. in-8, avec 8 planches gravées. 16 fr.

Ouvrage auquel l'Institut de France a accordé le grand prix de médecine.

BOUILLAUD. Traité clinique du rhumatisme articulaire, et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie; par J. Bouillaud. Paris, 1840. in-8. 7 fr. 50

Ouvrage servant de complément au *Traité des maladies du cœur.*

BOUILLAUD. Essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un Résumé philosophique des principaux progrès de la médecine et suivi d'un parallèle des résultats de la formule des saignées coup sur coup avec ceux de l'ancienne méthode dans le traitement des phlegmasies aiguës; par J. Bouillaud. Paris, 1837, in-8. 6 fr.

BOUILLAUD. Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles; par J. Bouillaud. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

BOUILLAUD. Traité pratique, théorique et statistique sur le choléra-morbus de Paris, appuyé sur un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Pitié; par J. Bouillaud. 1832, in-8 de 450 pages. 6 fr. 50

BOUILLAUD. Exposition raisonnée d'un cas de nouvelle et singulière variété d'hermaphrodisme, observée chez l'homme. Paris, 1833, in-8, fig. 1 fr. 50

BOUILLAUD. De l'introduction de l'air dans les veines. Rapport à l'Académie nationale de médecine. Paris, 1838, in-8. 2 fr.

BOUILLAUD. Recherches cliniques propres à démontrer que le sens du langage articulé et le principe coordinateur des mouvements de la parole résident dans les lobes antérieurs du cerveau; par J. Bouillaud. Paris, 1848, in-8. 1 fr. 50

BOUISSON. Traité de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir, par le docteur E. F. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Éloi, etc. Paris, 1850, in-8 de 560 pages. 7 fr. 50

Placé à la tête d'un grand service chirurgical, M. Bouisson a pu vérifier les faits à l'abri des communications hâtives qui auraient pu compromettre les succès d'une découverte aussi féconde que celle de l'insensibilité artificielle; il a pu procéder avec méthode, mettre en usage de bons appareils, avoir égard aux indications, apprécier la valeur respective des agents anesthésiques et réunir, en un mot, toutes les conditions propres à composer une œuvre d'ensemble et de coordination si nécessaire dans une question où chacun est venu apporter son tribut. Pour cela, M. Bouisson a dû ajouter à ses propres recherches ou observations l'exposition de l'état de la question en faisant connaître les expériences et les travaux les plus importants. Aussi aucune des nombreuses applications qui ont été faites de l'éther et du chloroforme n'a été omise dans cet ouvrage, qui se recommande à tous les hommes qui veulent suivre les progrès de la science.

BOUSQUET. Nouveau traité de la vaccine et des Eruptions varioleuses ou varioliformes; par le docteur J. B. Bousquet, membre de l'Académie nationale de Médecine, chargé des vaccinations gratuites, *ouvrage couronné par l'Institut de France*. Paris, 1848, in-8 de 600 pages. 7 fr.

Cet ouvrage comprend : De la petite vérole naturelle ou spontanée. — S'il y a des récidives de petite vérole. — De l'inoculation ou de la petite vérole artificielle. — De la varicelle. — Du cow-pox, ou petite vérole des vaches. — Quel est l'âge et quelle est la saison la plus favorable à l'action de la vaccine? — S'il faut préparer les vaccinés? — De l'art de vacciner. — De la vaccine et de la fausse vaccine. — Du régime et du traitement des vaccinés. — Des propriétés de la vaccine. — Si la vaccination adoucit la variole quand les deux éruptions marchent ensemble. — Du virus vaccin. — S'il y a plusieurs qualités de vaccine. — Des moyens de recueillir et de conserver le fluide vaccin. — La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue ou n'est-elle que temporaire? — De la petite vérole des vaccinés. — La vaccin est-il susceptible de dégénérer? — Le nouveau vaccin préserve-t-il mieux que l'ancien. — Du renouvellement du vaccin. — S'il faut revacciner. — De la facilité et de la promptitude d'absorption du virus vaccin. — A quel degré du développement des boutons la vaccine est-elle préservatrice? — Est-il nécessaire de conserver l'intégrité des boutons pour assurer à la vaccine sa vertu préservatrice? — Du nombre des boutons considérés dans leurs rapports avec l'effet préservatif de la vaccine. — Du degré d'importance des boutons vaccins considérés dans leurs rapports avec l'effet préservatif de la vaccine. — Des rapports de la nature entre la petite vérole et la vaccine. — De l'influence de la vaccine sur la population.

BOUSQUET. Notice sur le cow-pox, ou petite vérole des vaches, découvert à Passy en 1836, par J.-B. Bousquet. Paris, 1836, in-4, avec une grande planche. 2 fr. 50

BREMSER. Traité zoologique et physiologique des vers intestinaux de l'homme, par le docteur Bremser; traduit de l'allemand, par M. Grundler. Revu et augmenté par M. de Blainville, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1837, avec atlas in-4 de 15 planches. 13 fr.

BRESCHET. Mémoires chirurgicaux sur différentes espèces d'anévrismes; par G. Breschet, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1834, in-4, avec six planches in-fol. 12 fr.

BRESCHET. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'Organe de l'ouïe et sur l'Audition dans l'homme et les animaux vertébrés; par G. Breschet. Paris, 1836, in-4, *avec 13 planches gravées*. 16 fr.

BRESCHET. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'organe de l'ouïe des poissons; par G. Breschet, Paris, 1838, in-4, avec 17 planches gravées. 12 fr.

BRESCHET. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'organe de l'audition des oiseaux. Paris, 1836, in-8 et atlas de 8 planches in-4. 7 fr.

BRESCHET. Le Système lymphatique considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique. Paris, 1836, in-8, avec 4 planches. 6 fr.

BRONGNIART. Énumération des genres de plantes cultivées au Muséum d'histoire naturelle de Paris, suivant l'ordre établi dans l'École de botanique, par Ad. Brongniart, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, etc. *Deuxième édition*, revue, corrigée et augmentée, avec une *Table générale alphabétique*. Paris, 1850, in-12. 3 fr.

Dans cet ouvrage indispensable aux botanistes et aux personnes qui veulent visiter avec fruit l'École du jardin botanique, M. Ad. Brongniart s'est appliqué à indiquer, non seulement les familles dont il existe des exemples cultivés au Muséum d'histoire naturelle, mais même celles en petit nombre qui n'y sont pas représentées et dont la structure est suffisamment connue pour qu'elles aient pu être classées avec quelque certitude. La *Table alphabétique* comble une lacune que les botanistes regrettaient dans la première édition.

BROUSSAIS. De l'irritation et de la folie, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique, par F. J. V. Broussais, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. *Deuxième édition, entièrement refondue*. Paris, 1839, 2 vol in-8. 15 fr.

C'est surtout dans le *Traité de l'Irritation et de la Folie* que M. Broussais a déployé cette puissance de raisonnement et cette force de logique qu'il apportait dans la discussion. Ici les questions les plus ardues de la philosophie et de la physiologie sont développées avec cette chaleur de style et cette hardiesse de pensée qui n'appartiennent qu'aux hommes de génie.

BROUSSAIS. Cours de phrénologie, fait à la Faculté de Médecine de Paris. Paris 1836, 1 vol. in-8 de 850 pages, fig. 9

BROUSSAIS. Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie, précédé de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique. Troisième édition. Paris, 1829-1834, 4 forts vol. in-8. 15 fr.

BROUSSAIS. Mémoires sur la philosophie de la médecine, et sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercée sur l'état de la médecine en France. Paris, 1832, in-8. 1 fr. 50

BROUSSAIS. Hygiène morale, ou Application de la Physiologie à la Morale et à l'Education, par C. Broussais. Paris, 1837, in-8. 5 fr.

BROUSSAIS. De la statistique appliquée a la pathologie et a la thérapeutique; par C. Broussais. Paris, 1840, in-8. 2 fr. 50

BULLETIN DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, Publié par les soins de la commission de publication de l'Académie, et rédigé par MM. F. Dubois, secrétaire perpétuel, Gibert, secrétaire annuel. — Paraît régulièrement tous les quinze jours, par cahiers de 3 feuilles (48 pag. in-8). Il publie exactement tous les travaux de chaque séance.

Prix de l'abonnement pour un an *franco* pour toute la France : 15 fr.

Collection du 1er octobre 1836 au 30 septembre 1851 : quinze années formant 16 forts volumes in-8 de chacun 1100 pages. 120 fr.

Chaque année séparée in-8 de 1100 pages. 12 fr.

Ce Bulletin *officiel* rend un compte exact et impartial des séances de l'Académie nationale de Médecine, et présentant le tableau fidèle de ses travaux, il offre l'ensemble de toutes les questions importantes que les progrès de la médecine peuvent faire naître; l'Académie étant devenue le centre d'une correspondance presque universelle, c'est par les documents qui lui sont transmis que tous les médecins peuvent suivre les mouvements de la science dans tous les lieux où elle peut être cultivée, en connaître, presqu'au moment où elles naissent, les inventions et les découvertes. — L'ordre du Bulletin est celui des séances : on insérait d'abord la correspondance soit officielle, soit manuscrite, soit imprimée; à côté de chaque pièce, on lit les noms des commissaires chargés d'en rendre compte à la Compagnie. Le rapport est-il lu, approuvé, les rédacteurs le donnent en totalité quelle que soit son importance et son étendue; est-il suivi de discussions, ils s'appliquent avec la même impartialité à les reproduire dans ce qu'elles offrent d'essentiel, principalement sous le rapport pratique. C'est dans le Bulletin seulement que sont reproduites dans tous leurs détails et avec impartialité les discussions relatives à l'*Empyème*, au *Magnétisme*, à la *Morve*, à la *Fièvre typhoïde*, à la *Statistique appliquée à la médecine*, à l'*Introduction de l'air dans les veines*, au *système nerveux*, l'*Empoisonnement par l'arsenic*, l'*Organisation de la pharmacie*, la *Ténotomie*, le *Cancer des mamelles*, l'*Ophthalmie*, les *Injections iodées*, le *Pouls et les quarantaines*, la *Toilette et la Lithotritie*, les *Fièvres intermittentes*, les *maladies de la Matrice*, le *Crétinisme*, etc. Ainsi, tout correspondant, tout médecin, tout savant qui transmettra un écrit quelconque à l'Académie, en pourra suivre les discussions et connaître exactement le jugement qui en est porté.

BURDACH. Traité de Physiologie considérée comme science d'observation, par G.-F. Burdach, professeur à l'université de Kœnigsberg, avec des additions par MM. les professeurs Baer, Moser, Meyer, J. Muller, Rathke, Siebold, Valentin, Wagner. Traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par A.-J.-L. Jourdan. *Ouvrage complet*, Paris, 1837-1841, 9 forts vol. in-8, figures. 63 fr.

Ce que Haller fit pour le siècle dernier, M. Burdach l'exécute pour le nôtre; il nous donne un Traité dans lequel on trouve l'état présent de la physiologie, et surtout l'inventaire méthodique des innombrables recherches dont cette science s'est enrichie depuis l'illustre professeur de Gœttingue. Anatomiste habile, expérimentateur ingénieux, érudit profond, savant initié par la connaissance de toutes les langues, aux travaux des diverses nations de l'Europe, et philosophe digne de l'école qui s'enorgueillit d'avoir produit Kant, il rapporte, examine, discute et apprécie les faits avec cette élévation de vues et cette largeur de pensée qui caractérisent les hommes supérieurs. Trop ami du vrai pour se livrer aux mesquines calculs de la vanité, et connaissant que un seul écrivain ne saurait aujourd'hui embrasser dans tous ses détails un sujet aussi vaste que la biologie, il a invoqué l'assistance de ceux d'entre ses compatriotes qui en avaient plus spécialement étudié quelques parties. MM. *Baer*, *Meyer*, *Meyer*, *Muller*, *Rathke*, *Siebold*, *Valentin* et *Wagner*, ont répondu avec empressement à cet appel généreux, et du concours de tant d'illustrations est sortie une véritable Encyclopédie physiologique, qui prend rang dans l'histoire, à côté de l'inestimable traité de Haller, dont elle est devenue le complément nécessaire. Toutes les observations modernes y sont non pas réunies sous les formes sèches d'une simple énumération, mais coordonnées sous les inspirations d'un virtualisme en harmonie avec les tendances platoniciennes de cette époque, et dont pourront aisément faire abstraction ceux qui sont demeurés fidèles aux principes d'une autre philosophie.

BUSSY ET BOUTRON-CHARLARD. Traité des moyens de reconnaître les falsifications des boissons simples et composées et d'en constater le degré de pureté, par MM. Bussy et Boutron-Charlard, professeurs à l'Ecole de pharmacie, Paris, 1829, in-8. 5 fr. 50

CABANIS. Rapports du physique et du moral de l'homme, et Lettre sur les Causes premières, par P. J. G. Cabanis, précédé d'une Table analytique, par Destutt de Tracy, huitième édition, augmentée de Notes, et précédée d'une Notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par L. Peisse, Paris, 1844, in-8 de 780 pages. 7 fr. 50

Dans cette réunion de libres penseurs, qui à la fin du dix-huitième siècle ont jeté tant d'éclat sur la philosophie et la littérature françaises, Cabanis est peut-être celui de tous dont les écrits ont exercé l'influence la plus marquée sur les idées scientifiques de notre temps. Son livre des *Rapports du physique et du moral de l'homme* est resté comme un des plus

brillants et des plus solides monuments de l'esprit et de la science de cette forte génération qui, après avoir préparé la révolution par ses idées, l'accomplit elle-même dans les faits. Les vicissitudes de la philosophie et de la science depuis un demi-siècle n'ont rien fait perdre de sa popularité à ce bel ouvrage, qui est devenu classique. Aussi le public pensant accueillera avec intérêt une édition nouvelle de ce beau livre, à laquelle un écrivain et critique distingué, M. L. Peisse, a ajouté un travail important sur *la Vie*, *les Ouvrages et les Doctrines* de Cabanis, et de nombreuses Notes destinées à la discussion et quelquefois à la rectification des idées de ce philosophe. La notice biographique, composée sur des renseignements authentiques fournis en partie par la famille même de Cabanis, est à la fois la plus complète et la plus exacte qui ait été publiée. On a joint au livre la *Lettre sur les causes premières*, dans laquelle Cabanis explique sa dernière pensée sur ces grands problèmes philosophiques. Le livre des *Rapports* et la *Lettre* contiennent tout le système de Cabanis; ces deux ouvrages s'interprètent et se complètent mutuellement; l'édition publiée par M. Peisse est la seule qui les réunisse, et c'est aussi la seule qui soit accompagnée d'un travail historique et critique, digne du sujet et de l'auteur.

CALMEIL. De la Paralysie considérée chez les aliénés, recherches faites dans le service et sous les yeux de MM. *Royer-Collard* et *Esquirol*; par L.-F. Calmeil, D. M. P., médecin en chef de la Maison nationale des aliénés de Charenton. Paris, 1826, in-8. 6 fr. 50

CALMEIL. De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois, et régné dans les monastères, Exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu, par L.-F. Calmeil. Paris, 1845, 2 vol. in-8. 14 fr.

CAP. Principes élémentaires de Pharmacutique, ou Exposition du système des connaissances relatives à l'art du pharmacien; par P.-A. Cap, pharmacien, membre de la Société de pharmacie de Paris. Paris, 1837, in-8. 6 fr. 50

CARAULT. Guide des mères qui veulent nourrir, ou Préceptes sur l'éducation de la première enfance; par E. Carault, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs Sociétés savantes. Paris, 1828, in-18. 2 fr. 50

CARRIÈRE. Le Climat de l'Italie, sous le rapport hygiénique et médical, par le docteur Ed. Carrière. *Ouvrage couronné par l'Institut de France*. Paris, 1845, 1 vol. in-8 de 600 pages. 7 fr. 50

Cet ouvrage est ainsi divisé : Du climat de l'Italie en général, topographie et géologie, les eaux, l'atmosphère, les vents, la température. — *Climatologie méridionale de l'Italie :* Salerne (Capréa, Musso, Sorrento, Castellamare, Resina, Portici), rive orientale du golfe de Naples, climat de Naples ; rive septentrionale du golfe de Naples (Pouzzoles et Baia, Ischia), golfe de Gaëte. — *Climatologie de la région moyenne de l'Italie :* Marais pontins et maremmes de la Toscane : climat de Rome, de Sienne, de Pise, de Florence. — *Climat de la région septentrionale de l'Italie :* climat du lac Majeur et de Como, de Milan, de Venise, de Gênes, de Mentone et de Monaco, de Nice, d'Hyères, etc.

CARUS. Traité élémentaire d'anatomie comparée, suivi de Recherches d'anatomie philosophique ou transcendante sur les parties primaires du système nerveux et du squelette intérieur et extérieur; par G.-C. Carus, D. M., professeur d'anatomie comparée, médecin du roi de Saxe; traduit de l'allemand sur la deuxième édition, et précédé d'une *esquisse historique et bibliographique de l'Anatomie comparée*, par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie de Médecine. Paris, 1835. 3 forts volumes in-8, *accompagnés d'un bel atlas de 31 planches gr. in-4 gravées*. 12 fr.

CASTEL. Exposition des attributs du système nerveux, Réfutation de la doctrine de Charles Bell, et Explication des phénomènes de la paralysie, par le docteur L. Castel, membre de l'Académie de médecine. *Deuxième édition*, augmentée. Paris, 1845, in-8. 4 fr.

CASTELNAU ET DUCREST. Recherches sur les abcès multiples, comparés sous leurs différents rapports, par MM. les docteurs H. de Castelnau et J.-F. Ducrest, anciens internes des hôpitaux. *Mémoire couronné par l'Académie de médecine*. Paris, 1846, in-4. 4 fr.

CAZAUVIEILH. Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques. Recherches sur ce premier penchant chez les habitants des campagnes, par le docteur J.-B. Cazauvieilh, médecin de l'hospice de Liancourt, ancien interne de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1840, in-8. 4 fr.

CAZENAVE. Traité des maladies du cuir chevelu, suivi de Conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure. Par le docteur A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris, 1850, 1 vol. in-8, avec 8 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec le plus grand soin. 8 fr.

CELSE (A.-C.). Traité de la médecine en viii livres; traduction nouvelle par MM. Fouquier, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, et Ratier. Paris, 1824, in-18 de 550 pages. 3 fr.

CELSI (A.-C.). De re medica libri octo, editio nova, curantibus P. Fouquier, in saluberrima Facultate Parisiensi professore, et F.-S. Ratier, D. M. Parisiis, 1826, in-18, pap. fin des Vosges. 3 fr.

CHAILLY. Traité pratique de l'art des accouchements, par M. Chailly (Honoré), membre de l'académie nationale de médecine, professeur de l'art des accouchements, ancien chef de clinique de la Clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 950 pages, accompagné de 270 figures intercalées dans le texte, et propres à faciliter l'étude. 9 fr.

Ouvrage adopté par l'Université pour les facultés de médecine, les écoles préparatoires et les cours départementaux institués pour les sages-femmes.

« Nous ne devons pas craindre d'avancer qu'il n'est point de livre élémentaire d'obstétrique, quelque mérite qu'il ait d'ailleurs, qui soit pour un jeune accoucheur, à qui ne manquent pas les lumières, mais à qui peut faire défaut l'expérience, un guide plus éclairé, plus sûr que ne l'est l'ouvrage de M. Chailly. Là, en effet, dans tout le cours de la grossesse, dans chaque présentation du fœtus, dans les suites de couches, partout où peuvent se manifester des accidents, sont présentés, sont clairement exposés les plus efficaces moyens d'y remédier. L'auteur est entré dans des détails de conduite que les praticiens sauront certainement apprécier.

» Un perfectionnement auquel on ne saurait donner trop d'éloges est l'intercalation dans le texte de deux cent soixante-dix figures, qui toutes ont été composées et dessinées par l'auteur. Outre celles entièrement nouvelles qui représentent le développement du col utérin, le ballottement et l'auscultation obstétricale, nous n'avons pas pu ne pas remarquer celles qui élucident les articles *Vices de conformation du bassin et des parties molles*, *Forceps*, *Présentation du sommet*, *Présentation de l'extrémité pelvienne*, *Evolution spontanée*, *Dégagement du sommet*, *Accouchement artificiel prématuré*, *Dégagement de la face*. Il nous semble impossible que quelques unes de ces figures n'aient pas été surprises au lit du travail, tant elles sont frappantes de vérité. » (*Journal des conn. méd.-chirurg.*)

CHAUFFARD. Essai sur les doctrines médicales, suivi de quelques considérations sur les fièvres, par le docteur P.-E. Chauffard, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon, ancien interne des hôpitaux civils de Paris. Paris, 1846. in-8 de 130 pages. 2 fr. 50

CHEVALLIER. Essai sur la dissolution de la Gravelle et des calculs de la Vessie; par A. Chevallier, professeur à l'École de Pharmacie, membre de l'Académie de Médecine, etc. Paris, 1837, in-8. 3 fr. 50

CHOSSAT. Recherches expérimentales sur l'inanition, par le docteur Ch. Chossat. (Ouvrage qui a remporté le prix de physiologie expérimentale à l'Académie des sciences de l'Institut.) Paris, 1844, in-4. 7 fr.

Division de cet ouvrage de l'alimentation normale. — 1re *partie*. Des effets de l'inanition sur le poids du corps. — De l'abstinence complète des aliments. — De la diminution de poids du corps. De la perte diurne et intégrale. — Des influences qui modifient la perte intégrale proportionnelle, obésité, âge, durée de la vie. De la diminution de poids chez les animaux à sang froid. — De l'alimentation insuffisante quant à la quantité et la nature de l'aliment. — Des autopsies. — 2e *partie*. Des effets de l'inanition sur la chaleur animale. — De la chaleur animale pendant l'alimentation normale et pendant l'inanition. — Abstinence complète, alimentation insuffisante, dernier jour de la vie dans l'inanition. — Chaleur animale. — Respiration, circulation, fonctions cérébrales et musculaires. — Du réchauffement artificiel. — Du terme de mort imminente. — Réanimation. — Vie artificielle. — Terminaison du réchauffement.

CIVIALE. Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, par le docteur Civiale, membre de l'Institut, de l'Académie nationale de médecine; *nouvelle édition* augmentée. Paris, 1850-1851, 3 vol. in-8, avec figures. 24 fr.

Cet ouvrage, le plus pratique et le plus complet sur la matière, est ainsi divisé : tome I, maladies de l'urètre; tome II, maladies du col de la vessie et de la prostate; tome III, maladies du corps de la vessie.

CIVIALE. Traité pratique et historique de la lithotritie, par le docteur Civiale, membre de l'Institut, de l'Académie royale de médecine, Paris, 1847, 1 vol. in-8, de 600 pages avec 8 planches. 8 fr.

Après trente années de travaux assidus sur une découverte chirurgicale qui a parcouru les principales phases de son développement, l'art de broyer la pierre s'est assez perfectionné pour qu'il soit permis de l'envisager sous le triple point de vue de la doctrine, de l'application et du résultat. On peut dire en toute confiance, qu'à son égard la science est faite, ce qui ne signifie pas qu'elle ne puisse encore progresser. Mais, telle qu'elle est aujourd'hui, telle que l'ont établie les observations tirées de la pratique, elle comporte un ensemble de règles sûres, à l'exposition desquelles c'était un devoir pour M. Civiale de transmettre aux jeunes chirurgiens les procédés dont l'expérience lui a démontré l'utilité. Tel est le but de cet important ouvrage qui se recommande à tous les chirurgiens.

CIVIALE. Lettres sur la lithotritie, ou Broiement de la pierre dans la vessie, *pour servir de suite et de complément à l'ouvrage précédent*, par le docteur Civiale Ire Lettre à M. Vincent Kern. Paris, 1827. — IIe Lettre. Paris, 1828. — IIIe Lettre. *Lithotritie urétherale*. Paris, 1831.—IVe Lettre à M. Dupuytren. Paris, 1833, Ve lettre, 1837, VIe lettre, 1847, 6 parties, in-8. 10 fr. 50

— Séparément la VIe lettre, 1847, in-8 de 170 pages. 3 fr.

CIVIALE. Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux, contenant l'examen comparatif de la lithotritie et de la cystotomie, sous le rapport de leurs divers procédés, de leurs modes d'application, de leurs avantages ou inconvénients respectifs; par le docteur Civiale. Paris, 1836, in-8, fig. 8 fr.

CIVIALE. De l'urétroromie ou de quelques procédés peu usités de traiter les rétrécissements de l'urètre, par le docteur Civiale. Paris, 1849, in-8 de 124 pages avec une planche. 2 fr. 50

CLARK. Traité de la consomption pulmonaire, comprenant des recherches sur les causes, la nature et le traitement des maladies tuberculeuses et scrofuleuses en général, par J. Clark, médecin consultant du Roi des Belges, etc., trad. de l'anglais par H. Lebeau, docteur-médecin. Paris, 1836, in-8. 6 fr.

COLLADON. Histoire naturelle et médicale des gasses, et particulièrement de la casse et des senés employés en médecine; par le docteur Collados. Montpellier, 1816, in-4, avec 19 planches. 3 fr.

COSTE. Manuel de dissection, ou Eléments d'anatomie générale, descriptive et topographique; par le docteur E. Coste, chef des travaux anatomiques, et professeur de l'école de médecine de Marseille. Paris, 1847. 1 vol. in-8 de 700 pages. 8 fr.

L'auteur aurait dû intituler ce livre l'*Anatomie à l'amphithéâtre;* car sa place est moins dans la bibliothèque du savant que sur les tables d'une salle de dissection, où, tout en dirigeant le scalpel de l'élève, il n'absorbera pas, par sa lecture, un temps toujours si précieux pour la préparation des organes que l'on veut étudier. Toutefois, cet ouvrage sera encore utile aux médecins dès longtemps initiés aux secrets de la constitution de l'homme, et qui voudront revoir ces mille petits détails, que leurs continuelles préoccupations et les exigences de la pratique auront fait sortir de leur mémoire. La plus rigoureuse exactitude règne dans l'anatomie descriptive et l'anatomie topographique; car l'auteur a écrit son livre le scalpel d'une main et la plume de l'autre.

DANIELSSEN et W. BOECK. Traité de la spedalskhed ou Éléphantiasis des Grecs. *Publié aux frais du gouvernement norwégien.* Par D. C. Danielssen, médecin en chef des hôpitaux de Spedalsques à Bergen; et W. Boeck, professeur de la Faculté de médecine à Christiania. Paris, 1848, 1 vol. in-8 et Atlas in-folio de 24 planches, dessinées et coloriées d'après nature. 50 fr.

— Le même ouvrage, texte seul sans l'Atlas, 1 vol. in-8. 10 fr.

DARCET. Recherches sur les abcès multiples et sur les accidents qu'amène la présence du pus dans le système vasculaire, suivies de remarques sur les altérations du sang, par le docteur F. Darcet, ancien interne des hôpitaux, Paris, 1843, In-4° de 88 pages. 2 fr. 50

DAREMBERG. Notices et extraits des manuscrits médicaux grecs, latins et français, des principales bibliothèques d'Europe.

1re partie, Bibliothèques d'Angleterre. Paris, 1853, in-8.

DEMEAUX. Recherches sur l'évolution du sac herniaire, suivies des Considérations chirurgicales sur les complications auxquelles il peut donner lieu, Paris, 1842, in-8 avec 8 planches. 2 fr

CRUVEILHIER. ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CORPS HUMAIN, ou Descriptions, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible; par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, président perpétuel de la Société anatomique, etc. Paris, 1830-1842, 2 vol. in-folio, avec 233 planches coloriées. 456 fr.

Demi-reliure, dos de veau, non rognés. Prix pour les 2 vol. grand in-folio. 24 fr.

Ce bel *ouvrage est complet*; il a été publié en 41 livraisons, chacune contenant 6 feuilles de texte in-folio grand-raisin vélin, caractère neuf de F. Didot, avec 5 planches coloriées avec le plus grand soin, et 6 planches lorsqu'il n'y a que quatre planches de coloriées. Les dessins et la lithographie ont été exécutés par M. A. Chazal. Le prix de chaque livraison est de 11 fr.

Table du contenu de chaque livraison.

1. Maladies du placenta, des nerfs ganglionnaires, des reins, vices de conformation.
2. Maladies des vaisseaux lymphatiques, de la rate, du cerveau, pieds-bots.
3. Apoplexie et gangrène du poumon, anévrismes de l'aorte, maladies du foie, de la moelle épinière.
4. Maladies de l'estomac et des intestins, des articulations (*Goutte*), de la colonne vertébrale, de l'utérus.
5. Maladies du testicule, de l'ovaire, du larynx, du cervelet (*idiotie, apoplexie*).
6. Maladies des méninges, de la moelle épinière, du rein, du placenta, des extrémités.
7. Entérite folliculeuse, hernie étranglée, productions cornées.
8. Maladies du cerveau (*tumeurs des méninges, dure-mère, hémiplégie, atrophie, idiotie.*)
9. Maladies du testicule, des articulations.
10. Maladies de l'estomac (*ramollissement, cancers, ulcères.*)
11. Phlébite et abcès viscéraux; gangrène du Poumon. Polypes et tumeurs fibreuses de l'utérus.
12. Maladies du foie, de l'estomac.
13. Maladies de l'utérus.
14. Choléra-morbus.
15. Abscès de cervelet, hernie par le trou ovalaire; maladies de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon, du thymus, du pancréas, apoplexie et hydrocéphale chez les enfants.
16. Maladies du placenta, de la moelle épinière, péricardite, phlébite du foie, déplacements de l'utérus, varices des veines.
17. Maladies du cerveau, de la vessie, de la prostate, des muscles (*rhumatisme*), du cœur, des intestins.
18. Maladies des reins, du cervelet, kystes pileux de l'ovaire, fœtus pétrifiés.
19. Acéphalocystes du foie, de la rate et du grand épiploon; maladies du foie et du péritoine, cancer mélanique de la main et du cœur, maladies du fœtus.
20. Maladies du cerveau, du cœur (*péricardite*), des os (*cancer*), de l'estomac (*cicatrices et perforation*).
21. Maladies des os (*cancer, ossotose*) hernie du poumon, anévrisme du cœur. Maladies du cerveau (*apoplexie*), maladies des intestins.
22. Maladies du foie, maladies de la prostate, apoplexie du cœur, maladies de l'intestin grêle (*invagination*)
23. Maladies des os et des veines, tubercules cancéreux du foie, cancer de l'utérus.
24. Maladies de l'utérus (*gangrène, apoplexie*), cancer de la mamelle chez l'homme, productions cornées, hernie ombilicale.
25. Kyste de l'ovaire, maladies du cerveau, maladie du rectum, mal. des os. (*Luxation*), vice de conformation (*adhésions*).
26. Cancer des mamelles, maladie de la dure-mère, des os, déplacement de l'utérus, maladies de la prostate, des intestins.
27. Cancers de l'estomac, des mamelles, de l'utérus, maladies des veines (*phlébite*), maladies des artères (*gangrène spontanée*).
28. Maladies des artères (*anévrismes*), du cœur, maladies des os (*tumeurs du fémur*).
29. Maladies des os, cancer du cœur, maladies du foie, maladies du poumon (*pneumonie*).
30. Maladies de la vessie et de la prostate, des intestins (*entérite folliculeuse*), perforations du cœur, péricardite, tissu érectile accidentel des veines.
31. Erosions et ulcérations de l'estomac, cancer des mamelles, maladies du gros intestin, de la rate, hernies intestinales.
32. Maladie de la moelle épinière (*paraplégie*), maladies de la peau, maladies du poumon.
33. Maladies et cancer du rectum, maladies du cerveau (*apoplexie, céphalalgie*), tumeurs fungoïdes du crâne, vice de conformation du fœtus.
34. Maladies des articulations, maladies de l'estomac et des intestins, maladies des os (*fémur*), hernies de l'utérus.
35. Kystes acéphalocystes de la rate, maladies des nerfs, maladies de la protubérance annulaire, maladies du larynx, de la trachée et du corps thyroïde, maladies des veines (*phlébite*), maladies de la moelle épinière (*kyste hydatique, paraplégie*).
36. Maladies du cerveau (*apoplexie capillaire*), maladies du poumon (*mélanose, kystes acéphalocystes*), maladies des reins (*calculs, hydro-néphrose*), maladies de l'ovaire (*grossesse extra-utérine*).
37. Maladies du péricrâne, maladies de l'utérus (*gangrène et abcès*), cancer gélatiniforme de l'estomac et de l'épiploon, cancer et abcès métastatiques du foie; apoplexie capillaire, tubercules des nerfs du cerveau, hernie inguinale double.
38. Vices de conformation des mains; entérite folliculeuse, pseudo-membraneuse; maladies de la moelle épinière, de l'œsophage et des intestins.
39. Rétrécissement de l'urètre et hypertrophie de la vessie, maladies de l'utérus, du cerveau de la moelle épinière, de la parotide, du larynx, des yeux; maladies du cœur.
40. Anévrisme, maladies du cœur, du foie, des intestins, vices de conformation, cirrhose.
41. *Table générale alphabétique de l'ouvrage.*

CRUVEILHIER. TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE, par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1849, tome I, in-8 de 700 pages. 8 fr.

Tome II, Paris 1852. 1 vol. in-8 de 920 pages, 9 fr.

Le tome III est *sous presse*.

Cet ouvrage est l'exposition du Cours d'anatomie pathologique que M. Cruveilhier fait à la Faculté de médecine de Paris, comme son enseignement. Il est divisé en XVII classes, savoir : 1° solutions de continuité; 2° adhésions; 3° luxations; 4° invaginations; 5° hernies; 6° déviations; 7° corps étrangers; 8° rétrécissements et oblitérations; 9° lésions de canalisation par communication accidentelle; 10° dilatations; 11° hypertrophies et atrophies; 12° métamorphoses et productions organiques analogues; 13° hydropisies et flux; 14° hémorrhagies; 15° gangrène; 16° lésions phlegmasiques; 17° lésions strumeuses, et lésions cancéreuses.

DESALLE. Coup d'œil sur les révolutions de l'hygiène, ou Considérations sur l'histoire de cette science et ses applications à la morale, par le docteur E. Desalle. Paris, 1825, in-8. 1 fr. 80

DESAULT. Œuvres chirurgicales, ou Exposé de la doctrine et de la pratique de P.-J. Desault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris; par Xav. Bichat, troisième édition. Paris, 1830, 3 vol. in-8 avec 13 pl. 18 fr.

DESCOT. Observation sur les affections locales des nerfs, enrichie de nombreuses observations, par P.-J. Descot, docteur-médecin. Travail fait sous la direction de M. Béclard, et orné d'un *fac-simile* de son écriture. 1 vol. in-8. 6 fr.

DESFONTAINES. Flora atlantica, sive Historia plantarum, quæ Atlante, agro Tunetano et Algeriensi crescunt. Paris, an VII, 2 vol. in-4, accompagnés de 261 pl. dessinées par Redouté, et gravées avec le plus grand soin. 70 fr.

« Cet ouvrage, résultat de huit années d'études, et de l'examen de près de deux mille plantes, parmi lesquelles l'auteur compte jusqu'à trois cents espèces nouvelles, est demeuré comme une de ces bases fondamentales sur lesquelles a été bâti plus tard l'édifice, aujourd'hui si important, de la géographie botanique. » (*Eloge de Desfontaines*, par M. Flourens.)

DESLANDES. De l'onanisme et des autres abus vénériens considérés dans leur rapports avec la santé, par le docteur L. Deslandes. Paris, 1835, in-8. 7 fr.

DESRUELLES. Traité pratique des maladies vénériennes, comprenant l'examen des Théories et des Méthodes de traitement qui ont été adoptées dans ces maladies, et principalement la Méthode thérapeutique employée à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; par H.-M.-J. Desruelles, chirurgien-major à l'hôpital du Val-de-Grâce, chargé du service des Vénériens. Paris, 1836, in-8. 6 fr.

DESRUELLES. Traité théorique et pratique du croup, précédé de réflexions sur l'organisation des enfants; par H.-M.-J. Desruelles. Deuxième édition, entièrement refondue. Paris, 1824, 1 vol. in-8. 5 fr. 50.

DESRUELLES. Traité de la coqueluche; par H.-M.-J. Desruelles, *ouvrage couronné par la Société médico-pratique de Paris*. Paris, 1827, in-8. 5 fr. 50.

DÉTILLY. Formulaire éclectique, comprenant un choix de formules peu connues et recueillies dans les écoles étrangères, des paradigmes indiquant tous les calculs relatifs aux formules, avec des tables de comparaison *tirées du calcul décimal* des tables relatives aux doses des médicaments héroïques; tableaux des réactifs et des eaux minérales, un tableau des médications applicables à la méthode endermique et un choix de formules latines. Paris, 1839. 1 beau vol. in-18. 1 fr. 50.

DICTIONNAIRE DES ANALYSES CHIMIQUES. *Voyez* Violette, pag. 47.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, par MM. Andral, professeur à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital de la Charité; Bégin, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Blandin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Bouillaud, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine. Bouvier, membre de l'Académie nationale de médecine. Cruveilhier, professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine. Cullerier, chirurgien de l'hospice des Vénériens. A. Devergie, agrégé à la Faculté de Médecine. Deslandes, docteur en médecine. Ducks, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. Dupuytren, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. Foville, médecin de l'hospice des Aliénés de Charenton. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie. Jolly, membre de l'Académie nationale de médecine. Lallemand, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. Lorde, membre de l'Académie nationale de Médecine. Magendie, membre de l'Institut, médecin de l'Hôtel-Dieu. Martin-Solon, médecin de l'hôpital Beaujon. Ratier, docteur en médecine. Rayer, membre de l'Institut, médecin de l'hôpital de la Charité. Roche, membre de l'Académie nationale de Médecine. Sanson, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Ouvrage complet. Paris, 1830-1836, 15 vol. in-8 de 600 à 700 p. chacun. 105 fr.

La réputation du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* est faite. A son début, cet ouvrage fut rangé parmi les livres classiques, et en même temps qu'il prit la première place dans la bibliothèque des étudiants, il devint le *vade mecum* du médecin et du chirurgien praticien. Maintenant que la publication de cet important ouvrage est terminée, nous pouvons rappeler qu'il doit son immense succès à la manière large et à l'esprit consciencieux que les auteurs n'ont cessé d'apporter

dans sa rédaction. Placés pour la plupart à la tête de l'enseignement, des grands hôpitaux ou établissements importants, et au milieu de toutes les difficultés de la pratique, mieux que d'autres, ils pouvaient comprendre le besoin d'un *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, et mieux que d'autres aussi ils pouvaient nous compléter avec succès une pareille entreprise.

DICTIONNAIRE DE L'INDUSTRIE MANUFACTURIÈRE, COMMERCIALE ET AGRICOLE; accompagné de 1183 figures intercalées dans le texte, *ouvrage complet*, Paris, 1833-1841. 10 forts volumes in-8. 25 fr.

PAR MM. BAUDRIMONT, préparateur de Chimie au Collége de France. BLANQUI aîné, directeur de l'École spéciale du commerce, professeur d'Économie politique au Conservatoire des arts et métiers. COLLADON, professeur à l'École centrale des arts et manufactures. CORIOLIS, professeur à l'École polytechnique. DARCET, membre de l'Académie des sciences, directeur des essais des monnaies, du conseil-général des manufactures. P. DESORMEAUX, auteur du Traité sur l'art du tourneur. DESPRETZ, professeur de physique, membre de l'Institut. FERRY, professeur de mécanique à l'École centrale des arts et manufactures. H. GAULTIER DE CLAUBRY, répétiteur à l'École Polytechnique, membre du conseil d'administration de la Société d'encouragement. GOURLIER, architecte, secrétaire du conseil des bâtiments civils. T. OLIVIER, professeur à l'École centrale des arts et manufactures. PARENT-DUCHATELET, médecin, membre du conseil de salubrité. SAINTE-PREUVE, professeur de physique au collége Saint-Louis. SOULANGE BODIN, membre de la Société royale et centrale d'agriculture. A. TARBOUREUX, avocat, chef du bureau des manufactures à la Préfecture de police.

Cet ouvrage comprend l'*agriculture* qui produit, l'*industrie* qui confectionne, et le *commerce* qui procure des débouchés aux produits confectionnés.

Il traite non seulement des *arts* qui exigent les connaissances les plus étendues, mais aussi de ceux qui ne réclament que de la dextérité, une certaine intelligence, et que l'on nomme *métiers*; car les uns et les autres, tirés de différentes branches des sciences, peuvent recevoir, quoiqu'à des degrés différents, des améliorations qui les rendent plus profitables à la fois à la société et à ceux qui les pratiquent.

Aussi les auteurs ont pensé que leur but, celui de propager les saines doctrines industrielles, ne serait pas complétement atteint, si cet ouvrage était borné aux arts seuls; c'est pourquoi non seulement ils parlent de leur liaison avec les sciences, telles que la *Mécanique*, la *Physique* et la *Chimie*, mais encore ils s'occupent des rapports qui existent entre ces arts, la *Législation* et les règles d'*Hygiène publique* et *particulière*; ils exposent l'influence de l'*Administration* sur les diverses branches de l'économie sociale; et c'est en résumant dans un seul ouvrage ces nombreuses et intéressantes questions, qu'ils ont fait un livre utile et d'un intérêt général.

DICTIONNAIRE DES SCIENCES NATURELLES, dans lequel on traite méthodiquement des différents êtres de la nature, considérés soit en eux-mêmes, d'après l'état actuel de nos connaissances, soit relativement à l'utilité qu'en peuvent retirer la médecine, l'agriculture, le commerce et les arts; par les professeurs du Muséum d'histoire naturelle de Paris, sous la direction de G. et Fr. CUVIER.

Le *Dictionnaire des sciences naturelles* se compose : 1° du texte, 61 vol. in-8; 2° de l'atlas composé de 12 vol., contenant 1220 planches gravées; 3° d'un atlas de zoologie supplémentaire de 100 planches in-8 gravées.

Prix d'un exemplaire avec l'atlas, figures noires. Prix, au lieu de 670 fr. : 175 fr.
— Avec l'atlas, figures coloriées. Prix, au lieu de 1,200 fr. : 360 fr.

Devenu propriétaire du petit nombre d'exemplaires restant de ce beau et bon livre, qui est sans contredit le plus vaste et le plus magnifique monument qui ait été élevé aux sciences naturelles, et dans le désir d'en obtenir l'écoulement rapide, je me suis décidé à l'offrir à un rabais de plus des trois quarts.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'HYGIÈNE VÉTÉRINAIRES; ouvrage utile aux vétérinaires, aux officiers de cavalerie, aux propriétaires, aux cultivateurs et à toutes les personnes chargées du soin et du gouvernement des animaux domestiques; par HURTREL D'ARBOVAL, membre de la Société royale et centrale d'Agriculture de Paris, et de plusieurs sociétés nationales et étrangères. *Deuxième édition entièrement refondue*. Paris, 1838-1839, 6 forts vol. in-8. 48 fr.

ATLAS du Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaire. *Voyez* LEBLANC, p. 30.

Cet ouvrage est adopté comme classique pour les écoles vétérinaires de France, et la plupart des vétérinaires s'en servent dans la pratique comme d'un guide ou aide-mémoire, parce que l'auteur a pris le soin, après examen et discussions, de réunir à ses propres observations tous les faits de quelque importance dont le domaine de la science s'est enrichi, et qui sont disséminés dans les recueils périodiques ou dans les publications spéciales. Il n'a omis que ceux qui lui semblaient avoir besoin encore de la sanction du temps et de l'expérience. Dans cette nouvelle édition, l'auteur n'a pas cessé de revoir, de corriger ou de refondre ses premiers articles en profitant de tous les faits nouveaux; c'est donc avec une entière confiance qu'il présente *cette seconde édition comme un ouvrage presque entièrement neuf*.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE, contenant l'indication, la description et l'emploi de tous les médicaments connus dans les diverses parties du globe; par F.-V. Mérat et A.-J. Delens, Membres de l'Académie nationale de Médecine, *ouvrage complet*. Paris, 1829-1846, 7 forts volumes in-8. 36 fr.

TOME VII ou SUPPLÉMENT. Paris 1846, 1 vol. in-8 de 800 p. 8 fr.

Pour donner une idée du cadre immense qu'ont embrassé les auteurs de ce Dictionnaire, fruit de vingt années de recherches, il nous suffit d'indiquer que, selon l'importance de sujet, l'histoire de chaque médicament comprend :

1° Nom linnéen, officinal, commercial, vulgaire, ancien et moderne dans les diverses langues, définition. 2° Découverte historique; gisement ou lieu natal; extraction ou récolte; état commercial; espèces, variétés, sortes, qualités. 3° Description pharmacologique; choix, préparation pharmaceutique; altération, sophistications substitution. 4° Analyse chimique. 5° Action immédiate et médication chez l'homme et les animaux, dans l'état sain et dans l'état morbide; effets thérapeutiques; doses; formes; mode d'administration, adjuvants et correctifs; indications et contre-indications; inconvénients. 6° Opinions diverses des auteurs; classification. 7° Combinaisons; mélanges; composés pharmaceutiques. 8° Bibliographie, article important qui manque dans les ouvrages analogues.

Cet ouvrage immense contient non seulement l'histoire complète de tous les médicaments des trois règnes, sans oublier les agents de la physique, tels que l'air, le calorique, l'électricité, etc., les produits chimiques, les *eaux minérales et artificielles*, décrites au nombre de 1800 (c'est-à-dire le double au moins de ce qu'en contiennent les Traités spéciaux); mais il renferme de plus l'Histoire des poisons, des miasmes, des virus, des venins, considérés particulièrement sous le point de vue du traitement spécifique des accidents qu'ils déterminent; enfin celle des aliments envisagés sous le rapport de la diète et du régime dans les maladies; des articles généraux, relatifs aux classes des médicaments et des produits pharmaceutiques, aux familles naturelles et aux genres, animaux et végétaux; enfin certaines pratiques ou opérations chirurgicales, applicables au traitement des maladies internes, complètent l'ensemble des objets qui sont du domaine de la matière médicale et de la thérapeutique. Une vaste synonymie embrasse tous les noms scientifiques, officinaux, vulgaires, français et étrangers, celle même *du pays*, c'est-à-dire les noms médicamenteux particulièrement propres à telle ou telle contrée, afin que les voyageurs, cet ouvrage à la main, puissent rapporter à des noms certains les appellations les plus barbares.

Tous ces avantages réunis font, de ce Dictionnaire *polyglotte*, un ouvrage pratique à l'usage de toutes les nations, le seul jusqu'ici dont se soit enrichie la littérature médicale.

DICTIONNAIRE DES TERMES DE MÉDECINE. *Voyez* Nysten, page 36.

DONNÉ. Cours de microscopie complémentaire des études médicales : Anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie; par le docteur A. Donné, inspecteur-général des Écoles de médecine, conseiller de l'université, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, professeur de microscopie. Paris, 1844, in-8 de 550 pages. 7 fr. 50

Cet ouvrage est divisé en seize chapitres : I. Du sang. — II. Des globules du sang. — III. Des globules blancs et des globulins du sang. — IV. Circulation du sang; Altérations pathologiques des globules sanguins. — V. Du mucus et de ses différentes espèces, mucus nasal bronchique, du tube digestif, mucus urétral, prostatique, des vésicules séminales, utérin, vaginal, buccal, vésical, etc. — VI. Du pus, globules purulents, du pus dans le sang, du pus de la blennorrhagie, des chancres et des bubons, des cils vibratils. — VII. Fluides sécrétés proprement dits, sueur, salive, bile, urine. — VIII et IX. Sédiments inorganiques et sédiments organisés des urines. — X. Sperme, action de l'eau, des acides, des alcalis, de l'iode, et de quelques fluides de l'économie sur les animacules spermatiques; applications à la médecine légale. — XI. Des pertes séminales involontaires, de leurs variétés; des pertes blanches, leurs causes; traitement. — XII, XIII, XIV. Du lait, sa réaction chimique et ses caractères microscopiques; des différentes espèces de lait; ses éléments, moyens d'apprécier sa richesse; formation du lait, rapport entre la sécrétion du colostrum et la sécrétion lactée après l'accouchement; des qualités du lait et de ses altérations chez les nourrices; état muqueux. — Altérations pathologiques du lait, altération par le pus, lait purulent chez les animaux. — Cocote; lait mélangé de sang; lait des femmes syphilitiques; lait des nourrices réglées. — XV. Richesse et pauvreté du lait, influence de la nourriture et des différentes espèces d'aliments sur le lait; moyens de conservation du lait; formation du beurre. — XVI. Chyle, lymphe, synovie, vaccin, eau de l'amnios, matières fécales, cail.

DONNÉ. Atlas du Cours de microscopie exécuté d'après nature, au microscope-daguerréotype, par le docteur A. Donné et L. Foucault. Paris, 1846. In-fol. de 20 planches contenant 80 figures gravées avec le plus grand soin, avec un texte descriptif. 30 fr.

C'est pour la première fois que les auteurs, ne voulant se fier ni à leur propre main, ni à celle d'un dessinateur, ont eu la pensée d'appliquer la merveilleuse découverte du daguerréotype à la représentation des sujets scientifiques : c'est un avantage qui sera apprécié des observateurs, que celui d'avoir pu reproduire les objets tels qu'ils se trouvent disséminés dans le champ microscopique, au lieu de se borner au choix de quelques échantillons, comme on le fait généralement, car dans cet ouvrage tout est reproduit avec une fidélité rigoureuse inconnue jusqu'ici, au moyen des procédés photographiques.

DONNÉ. Conseils aux mères sur l'allaitement et sur la manière d'élever les enfants nouveau-nés, par M. le docteur A. Donné, *Deuxième édition*, corrigée et augmentée. Paris, 1846, grand in-18. 3 fr.

DUBLED. EXPOSITION DE LA NOUVELLE DOCTRINE SUR LA MALADIE VÉNÉRIENNE; par A. DUBLED, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, ancien interne de l'hospice des Vénériens. Paris, 1829, in-8. 2 fr. 50

DUBOIS ET BURDIN. HISTOIRE ACADÉMIQUE DU MAGNÉTISME ANIMAL, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour, par C. BURDIN et F. DUBOIS (d'Amiens), membres de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1841. In-8 de 700 pages. 8 fr.

Pour apprécier cette nouvelle *Histoire du magnétisme animal*, pour en juger toute l'importance, il faut non seulement suivre les auteurs dans l'exposition des expériences et des faits soumis au jugement de l'Académie royale des sciences, de la Faculté et de la Société royale de médecine; mais il faut encore les suivre dans l'examen de discussions que le magnétisme a soulevées dans ces derniers temps à l'Académie nationale de médecine, et il faut surtout prendre connaissance des documents et des notes critiques qui s'y trouvent abondamment répandues. Cet ouvrage excite un puissant intérêt; il sera consulté avec fruit également par les partisans et les opposants au magnétisme.

DUBOIS. HISTOIRE PHILOSOPHIQUE DE L'HYPOCONDRIE ET DE L'HYSTÉRIE, par F. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de Médecine. Paris, 1837, in-8. 7 fr. 50

DUBOIS. PRÉLEÇONS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE, *première partie*. Observations et Expériences sur l'hypérémie capillaire, par Fr. DUBOIS (d'Amiens). Paris, 1841, in-8 avec 3 planches. 6 fr.

DUBRUEIL. DES ANOMALIES ARTÉRIELLES considérées dans leurs rapports avec la pathologie et les opérations chirurgicales, par le docteur J. DUBRUEIL, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1847, 1 vol. in-8 et atlas in-4 de 27 planches coloriées. 20 fr.

L'étude de ces malheureux restés souvent inexpliqués, et loyalement publiés, peut seule préserver de leur retour en attirant sur eux l'attention des praticiens. C'est cette considération qui a inspiré à M. Dubrueil la pensée de recueillir les nombreux faits d'anomalies artérielles dont il a été témoin, et colliger ceux consignés dans les auteurs. Car on sait que les archives de la science nous apprennent que telle opération pratiquée sur une grosse artère, dans des circonstances où la nature du mal et l'habileté du chirurgien promettaient le succès, a eu une issue fatale qu'on doit presque toujours attribuer à des anomalies artérielles.

L'auteur a surtout cherché à les féconder tous par l'application pratique, et à signaler leur importance par l'étude de la pathologie et des opérations chirurgicales.

Cet ouvrage est donc d'une haute utilité pour le chirurgien comme pour l'anatomiste; il est destiné à occuper une place dans la bibliothèque de tous les hommes qui veulent suivre les progrès de la science.

Les dix-sept planches qui composent l'atlas du *Traité des anomalies artérielles* représentent les variétés d'anomalies les plus intéressantes prises sur le cadavre sous les yeux de l'auteur. L'exécution des planches a été confiée à l'habile crayon de M. Jacob: c'est une garantie de plus de leur exactitude.

DUFOUR. RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES HÉMIPTÈRES, accompagnées de considérations relatives à l'Histoire naturelle et à la classification de ces insectes; par Léon DUFOUR, D. M. P., membre correspondant de l'Institut. Paris, 1833, in-4, avec 19 planches gravées. 25 fr.

DUGÈS. MÉMOIRE SUR LA CONFORMITÉ ORGANIQUE DANS L'ÉCHELLE ANIMALE; par Ant. DUGÈS, Paris, 1832, in-4, avec six planches. 6 fr.

DUGÈS. RECHERCHES SUR L'OSTÉOLOGIE et la Myologie des Batraciens à leurs différents âges; par A. DUGÈS. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Paris, 1834, in-4 avec 20 planches gravées. 26 fr.

DUGÈS. TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE de l'homme et des animaux; par A. DUGÈS. Montpellier, 1838, 3 vol. in-8, figures. 18 fr.

DUGÈS. MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU FORCEPS à cuillers tournantes, et sur son emploi, par A. DUGÈS. Paris, 1833, in-8, fig. 1 fr. 50

DUGÈS. SUNT-NE INTER ASCITEM et peritonitidem chronicam certa discrimina quibus diagnosci queant? auct. Ant. DUGÈS, Parisiis, 1824, in-4. 2 fr. 50

DUPUYTREN. MÉMOIRE SUR UNE MANIÈRE NOUVELLE DE PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA PIERRE; par le baron G. DUPUYTREN, terminé et publié par M. L.-J. SANSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et L.-J. BÉGIN, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Paris, 1836. 1 vol. grand in-fol. accompagné de six belles planches lithographiées par Jacob, et représentant l'anatomie chirurgicale des diverses régions intéressées dans cette opération. 20 fr.

« Je lègue à MM. Sanson aîné et Bégin le soin de terminer et de publier un ouvrage déjà en partie imprimé sur la taille de Celse, et d'y ajouter la description d'un moyen nouveau d'arrêter les hémorrhagies. » *Testament de Dupuytren.*

DUTROCHET. MÉMOIRES pour servir à l'histoire anatomique et physiologique des Végétaux et des Animaux, par H. DUTROCHET, membre de l'Institut. *Avec cette épigraphe* : « Je considère comme non avenu tout ce que j'ai publié précédemment sur

ces matières et qui ne se trouve point reproduit dans cette collection. 1 Paris, 1837; 2 forts vol. in-8, avec atlas de 30 planches gravées. 24 fr.

Dans cet ouvrage M. Dutrochet a réuni et coordonné l'ensemble de tous ses travaux : il contient non seulement les mémoires publiés à diverses époques, revus, corrigés et appuyés de nouvelles expériences, mais encore un grand nombre de travaux inédits.

ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, comprenant l'Anatomie descriptive, l'Anatomie générale, l'Anatomie pathologique, l'histoire du Développement, par G.-T. Bischoff, J Henle, E. Huschke, S.-T. Sœmmerring, F. G. Theile, G. Valentin, J. Vogel, R. Wagner, G. et E. Weber, traduit de l'allemand, Par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie nationale de médecine, Paris, 1843-1846, 8 forts vol. in-8, prix de chaque vol. (en prenant tout l'ouvrage). 7 fr. 50
Prix des 2 atlas in-4. 7 fr. 50

On peut se procurer chaque Traité séparément, savoir :

1° OSTÉOLOGIE ET SYNDESMOLOGIE, par *S.-T. Sœmmerring*.— Mécanique des organes de la locomotion chez l'homme, par *G. et E. Weber*. In-8, Atlas in 4 de 17 pl. 12 fr.
2° TRAITÉ DE MYOLOGIE ET D'ANGÉIOLOGIE ; par *F.-G. Theile*. 1 vol. in-8. 7 fr. 50
3° TRAITÉ DE NÉVROLOGIE, par *G. Valentin*. 1 vol. in-8, avec figures; 8 fr.
4° TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, ou Histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain; par *Henle*. 2 vol. in-8, avec 5 planches gravées; 15 fr.
5° TRAITÉ DU DÉVELOPPEMENT DE L'HOMME et des Mammifères; suivi d'une *Histoire du développement de l'œuf du lapin*, par le docteur T. L. G. *Bischoff*. 1 vol. in-8; avec Atlas in 4 de 16 planches. 15 fr.
6° TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE ET DES ORGANES DES SENS; par *E. Huschke*. Paris, 1845, in-8 de 850 pages, avec 5 planches gravées. 8 fr. 50
7° ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE ; par *J. Vogel*. Paris, 1846, 1 v. in-8. 7 fr. 50

Cette *Encyclopédie Anatomique*, réunie aux *Traités de physiologie* de BURDACH et de J. MULLER, forme un ensemble complet des deux sciences sur lesquelles repose l'édifice entier de la médecine.

ESQUIROL. DES MALADIES MENTALES, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, par E. ESQUIROL, médecin en chef de la Maison des aliénés de Charenton, membre de l'Académie nationale de Médecine, etc. Paris, 1838, 2 forts vol. in-8, avec un atlas de 27 planches gravées. 20 fr.

« L'ouvrage que j'offre au public est le résultat de quarante ans d'études et d'observations. J'ai observé les symptômes de la Folie et j'ai essayé les meilleures méthodes de traitement; j'ai étudié les mœurs, les habitudes et les besoins des aliénés, au milieu desquels j'ai passé ma vie : m'attachant aux faits, je les ai rapprochés par leurs affinités, je les raconte tels que je les ai vus. J'ai rarement cherché à les expliquer, et je me suis arrêté devant les systèmes qui m'ont toujours paru plus séduisants par leur éclat qu'utiles par leur application. »
Extrait de la préface de l'auteur.

FERRUS. MÉMOIRE SUR LE GOITRE ET LE CRÉTINISME, par le docteur G. FERRUS, membre de l'Académie nationale de médecine, inspecteur-général du service des aliénés, etc., et Discussion dans le sein de l'Académie de médecine. Paris, 1851, 2 parties in-8 de 88 et de 89 pages avec 5 planches. 4fr. 50

FIÉVÉE. MÉMOIRES DE MÉDECINE PRATIQUE, comprenant : 1° De la fièvre typhoïde et de son traitement. 2° De la saignée chez les vieillards comme condition de santé. 3° Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus. 4° De la goutte et de son traitement spécifique par les préparations de colchique. Par le docteur FIÉVÉE (de Jeumont), membre de l'Académie nationale de médecine de Belgique. Paris, 1845, in-8. 2 fr. 50

FITZ-PATRICK. TRAITÉ DES AVANTAGES DE L'ÉQUITATION, considérée dans ses rapports avec la médecine. Paris, 1838, in-8. 2 fr. 50

FÉRUSSAC ET D'ORBIGNY. HISTOIRE NATURELLE, GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DES CÉPHALOPODES acétabulifères vivants et fossiles, comprenant la description zoologique et anatomique de ces mollusques, des details sur leur organisation, leurs mœurs, leurs habitudes et l'histoire des observations dont ils ont été l'objet depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours, par M. de FÉRUSSAC et ALC. D'ORBIGNY. Paris, 1836-1848, 2 vol. in-folio dont un de 144 pl. coloriées, cartonnés. PRIX, au lieu de 500 francs. 120 fr.

— *Le même ouvrage*, 2 vol. grand in-4, dont un de 144 pl. color., carton. 80 fr.

Ce bel ouvrage est *complet*; il a été publié en 21 *livraisons*. Les personnes qui n'auraient reçu les dernières livraisons pourront se les procurer séparément, savoir : l'édition in 4, à 8 fr. la livraison; l'édition in-folio, à raison de 12 fr. la livraison.

FERUSSAC ET DESHAYES. Histoire naturelle générale et particulière des mollusques, tant des espèces qu'on trouve aujourd'hui vivantes que des dépouilles fossiles de celles qui n'existent plus, classés d'après les caractères essentiels que présentent ces animaux et leurs coquilles; par M. de Férussac, continuée depuis la 29e livraison par G.-P. Deshayes. *Ouvrage complet* en 42 livraisons, chacune de 6 planches in-folio, gravées et coloriées d'après nature avec le plus grand soin. Paris, 1820-1851, 4 vol. in-folio, dont 2 volumes de chacun 400 pages de texte et 2 volumes contenant 247 planches coloriées. Prix réduit, au lieu de 1050 fr. 490 fr.

— *Le même*, 4 vol. grand in-4, avec 247 planches noires. Au lieu de 500 fr. 200 fr.

Demi-reliure, dos de veau. Prix des 4 vol. in-fol., 40 fr. — Cartonnés. 24 fr.
dito Prix des 4 vol. grand in-4, 24 fr. — Cartonnés. 16 fr.

Les personnes auxquelles il manquerait des livraisons (jusques y compris la 34e) pourront se les procurer séparément, savoir :

1° Les livraisons in-folio, figures coloriées, au lieu de 30 fr. à raison de 15 fr.
2° Les livraisons in-4, figures noires, au lieu de 15 fr. à raison de 6 fr.

Ouvrage le plus magnifique qui existe sur l'histoire des mollusques; la perfection des figures et l'exactitude des descriptions le placent au premier rang des beaux et bons livres qui doivent composer la bibliothèque de tous les amateurs de coquilles. C'est aidé du concours de M. Deshayes que nous avons terminé cette publication. Nous avons pensé que la haute position scientifique de M. Deshayes, dont les travaux font justement autorité en conchyliologie, était la meilleure garantie que nous pussions offrir au public.

Nous devons faire connaître la part qui dans cet ouvrage appartient à M. de Férussac et celle que l'on doit à M. Deshayes.

M. de Férussac a publié les livraisons 1 à 28, elles comprennent :
1° 162 planches;
2° 128 pages de texte (tome II, première partie, pages 1 à 128).

M. Deshayes a publié les livraisons 29 à 42, elles comprennent :
1° 85 planches qui sont venues combler toutes les lacunes laissées par M. de Férussac dans l'ordre des numéros, en même temps qu'elles complètent plusieurs genres importants et font connaître les espèces de coquilles les plus récentes.
2° Le texte (tome Ier complet, 402 pages. — Tome II, 1re partie. Nouvelles additions à la famille des Lymnaces, 24 pages. — Historique, p. 129 à 184. — Tome II, 2e partie, 260 pages). Ce texte de M. Deshayes présente la description de toutes les espèces figurées dans l'ouvrage.
3° Une table générale alphabétique de l'ouvrage.
4° Une table de classification des 247 planches, à l'aide de laquelle tous les possesseurs de l'ouvrage pourront vérifier si leur exemplaire est complet ou ce qui lui manque.

Comme on le voit, la part de M. Deshayes dans cet ouvrage a été considérable; c'est donc avec raison et avec justice que nous avons dû placer sur le titre et au même rang M. de Férussac et M. Deshayes.

Chacune des livraisons nouvelles (de 35 à 42) se compose : 1° de 72 pages de texte in-folio; 2° de 6 planches gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin. Prix de chaque livraison. 30 fr.
Prix de chaque livraison in-4° avec les planches en noir. 25 fr.

FLOURENS. Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux, par P. Flourens, professeur au Muséum d'histoire naturelle, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de l'Institut, etc. *Deuxième édition augmentée.* Paris, 1842, in-8. 7 fr. 50

FLOURENS. Mémoires d'anatomie et de physiologie comparées, contenant des Recherches sur 1° les lois de la symétrie dans le règne animal; 2° le mécanisme de la rumination; 3° le mécanisme de la respiration des poissons; 4° les rapports des extrémités antérieures et postérieures dans l'homme, les quadrupèdes et les oiseaux; par P. Flourens. Paris, 1844; grand in-4, avec 8 planches gravées et coloriées. 18 fr.

FLOURENS. Théorie expérimentale de la formation des os, par P. Flourens. Paris, 1847, in-8, avec 7 planches gravées. 7 fr. 50

FODÉRA. Histoire de quelques doctrines médicales comparées à celle du docteur Broussais; suivie de considérations sur les études médicales considérées comme science et comme art, et d'un Mémoire sur la thérapeutique; par M. Fodéra, correspondant de l'Institut de France, docteur en médecine, professeur de physiologie de l'Université de Palerme, etc. Paris, 1821, in-8. 5 fr. 50

FODÉRA. Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation, Mémoire couronné par l'Institut de France. Paris, 1824, in-8, planche coloriée. 2 fr. 50

FODÉRA. Discours sur la Biologie, ou Science de la vie, suivi d'un Tableau des connaissances naturelles, d'après leur nature et leur filiation. Paris, in-8. 2 fr. 50

FORGET. Traité de l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde), par C.-P. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, président des jurys médicaux, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1841, in-8 de 850 pages. 9 fr.

FOURNET. Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur Andral, par M. le docteur J. Fournet, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1839, 2 vol. in-8. 8 fr.

FRANK. Traité de médecine pratique de P.-J. Frank, traduit du latin, par J.-M.-C. Goudareau, docteur en médecine, *deuxième édition revue, augmentée* des Observations et Réflexions pratiques contenues dans l'Interprétations cliniques, accompagné d'une *Introduction* par M. le docteur Double, membre de l'Institut, de l'Académie nationale de Médecine, etc. Paris, 1842. 2 forts volumes grand in-8 à deux colonnes. 24 fr.

Le Traité de médecine pratique de J.-P. Frank, résultat de cinquante années d'observations, et d'enseignement public dans les chaires de clinique des Universités de Pavie, Vienne et Wilna, a été composé, pour ainsi dire, au lit du malade. Dès son apparition, il a pris rang parmi les livres qui doivent composer la bibliothèque du médecin praticien, à côté des œuvres de Sydenham, de Baillou, de Van-Swiéten, de Stoll, de De Haen, de Cullen, de Borsieri, etc. L'auteur, libre de toute influence doctrinale, décrit les maladies telles qu'il les a vues : appréciant les diverses méthodes de traitement, il insiste sur celles qui lui ont paru les meilleures, celles dont il a obtenu le plus de succès, et n'admet qu'avec réserve les moyens qui n'ont pas reçu la sanction répétée de l'expérience. Son travail s'adresse donc à ceux qui, faisant abstraction des systèmes, ne recherchent dans la médecine que ce qu'elle renferme de vrai, d'utile, de positif, et n'attache d'importance qu'au but qu'elle se propose, la guérison des maladies.

Pour donner une juste idée du *Traité de Médecine pratique* de J.-P. Frank, par une comparaison facile à saisir des lecteurs français, nous dirons qu'il est en médecine ce qu'est, en chirurgie, le *Traité des maladies chirurgicales* de notre Boyer : c'est le résumé de la pratique d'un médecin consommé; c'est le *Compendium du médecin praticien;* c'est un traité général composé de plusieurs chapitres formant autant de traités spéciaux où l'auteur expose avec simplicité, sans théorie, sans trop d'érudition, ce qu'une longue expérience lui a appris sur les causes, les symptômes, la marche et le traitement de chaque maladie.

FREDAULT. Des rapports de la doctrine médicale homœopathique avec le passé de la thérapeutique, par le docteur Frédault, ancien interne lauréat des hôpitaux civils de Paris, 1852, in-8 de 84 pages. 1 fr. 50

FREGIER. Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes, et des moyens de les rendre meilleures; ouvrage récompensé en 1838 par l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques); par A. Frégier, chef de bureau à la préfecture de la Seine. Paris, 1840, 2 beaux vol. in-8. 14 fr.

L'ouvrage que nous annonçons touche aux intérêts les plus graves de la société; il se rattache tout à la fois à la physiologie, à l'hygiène et à l'économie sociale; car, à côté de la population riche, à côté des classes laborieuses et des classes pauvres, les grandes villes renferment forcément *des classes dangereuses*. L'oisiveté, le jeu, le vagabondage, la prostitution, la misère, grossissent sans cesse le nombre de ceux que la police surveille et que la justice atteint. Ils habitent des quartiers particuliers, ils ont un langage, des habitudes, des désordres, une vie qui leur est propre.

L'administrateur y trouvera non seulement des documents et des traits de mœurs peu connus jusqu'ici sur les classes dangereuses et misérables qui foisonnent dans la ville de Paris, et qui existent également dans les autres capitales du monde civilisé; mais encore des détails sur la classe vicieuse lettrée, détails curieux à cause du rôle que l'intelligence joue dans la dépravation des individus qui composent cette classe. Il pourra juger des précautions et des moyens répressifs employés par l'autorité publique pour garantir l'ordre intérieur de cette grande cité, ainsi que la sûreté de ses habitants et de leurs propriétés.

FURNARI. Traité pratique des maladies des yeux, contenant : 1° l'Histoire de l'ophthalmologie; 2° l'Exposition et le traitement raisonné de toutes maladies de l'œil et de ses annexes; 3° l'indication des moyens hygiéniques pour préserver l'œil de l'action nuisible des agents physiques et chimiques mis en usage dans les diverses professions; les nouveaux procédés et les instruments pour la guérison du strabisme; des instructions pour l'emploi des lunettes et l'application de l'œil artificiel; suivi de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux, qui affectent particulièrement les hommes d'État, les gens de lettres et tous ceux qui s'occupent de travaux de cabinet et de bureau. Paris, 1841, in-8, avec pl. 6 fr.

GALL. Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties; des observations sur la possibilité de reconnaître les instincts, les penchants, talents, ou les dispositions morales et intellectuelles des hommes et des animaux, par la configuration de leur cerveau et de leur tête; par le docteur Gall. Paris, 1825, 6 forts vol. in-8.

GALTIER. Traité de pharmacologie et de l'art de formuler, par C.-P. Galtier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de pharmacologie, de matière médicale et de toxicologie, etc. Paris, 1841. In-8. 4 fr 50

GALTIER. Traité de matière médicale et des indications thérapeutiques des médicaments, par C.-P Galtier. Paris, 1841. 2 forts vol. in-8. 15 fr.

GARNIER et HAREL. Des falsifications des substances alimentaires et des moyens chimiques de les reconnaître. *Paris*, 1844, in-12 de 528 pages. 4 fr. 50

GASTÉ. Abrégé de l'histoire de la médecine, considérée comme science et comme art dans ses progrès et son exercice, depuis son origine jusqu'au XIXe siècle ; par L.-J. Gasté, D. M. P., médecin en chef de l'hôpital de Metz, membre correspondant de l'Académie nationale de Médecine. Paris, 1844, in-8. 7 fr.

GAUBIL. Catalogue synonymique des Coléoptères d'Europe et d'Algérie, par M. Gaubil, membre de la Société entomologique de France. Paris, 1842. 1 vol. in-8 10 fr.

Ouvrage le plus complet et qui offre le plus grand nombre d'espèces nouvelles.

GAULTIER DE CLAUBRY. De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, par le docteur Gaultier de Claubry, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1844, in-8 de 500 pages. 6 fr.

Indication des chapitres de cet ouvrage :

1° Synonymie et symptomatologie comparée du typhus et de la fièvre typhoïde. — 2° Epidémies de typhus et de fièvre typhoïde observées en France, en Allemagne, en Espagne, etc. — 3° Intensité respective des deux maladies. — 4° Formes diverses des deux affections. — 5° Des symptômes particuliers du typhus et de la fièvre typhoïde. 6° Anatomie pathologique du typhus et de la fièvre typhoïde. Comparaison des résultats des nécropsies dans les deux affections. — 7° Influence du sexe et de l'âge sur la production de ces maladies. — 8° De la mortalité comparative des deux maladies. — 9° De la non-récidive du typhus et de la fièvre typhoïde. — 10° Des causes, et en particulier, de la contagion du typhus et de la fièvre typhoïde. — 11° Trait. curatif et prophylactique du typhus et de la fièvre typhoïde.

GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. Histoire générale et particulière des Anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, ouvrage comprenant des recherches sur les caractères, la classification, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux, les lois et causes des Monstruosités, des variétés et vices de conformation ou *Traité de tératologie* ; par Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, D. M. P., membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1832-1836, 3 vol. in-8 et atlas de 20 pl. 27 fr.

— Séparément les tomes 2 et 3. 16 fr.

GEORGET. De la physiologie du système nerveux, et spécialement du cerveau, Recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siége, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypocondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif ; par E. Georget, D. M. P., membre de l'Académie de Médecine. Paris, 1821, 2 vol. in-8. 12 fr.

GEORGET. Discussion médico-légale sur la folie ou Aliénation mentale, suivie de l'Examen du procès criminel d'Henriette Cornier, et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense ; par E. Georget, D. M. P. Paris, 1826, in-8. 3 fr. 50

GERANDO. De l'éducation des sourds-muets de naissance ; par de Gérando, membre de l'Institut, administrateur et président de l'Institution des Sourds-Muets. Paris, 1827, 2 forts vol. in-8. 16 fr.

GERDY. Essai de classification naturelle et d'analyse des Phénomènes de la vie, par le docteur P.-N. Gerdy. Paris, 1823, in-8. 2 fr.

GERDY. Traité des bandages, des pansements et de leurs appareils, par le docteur P.-N. Gerdy, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1837-1839, 2 vol. in-8 et Atlas de 20 planches in-4°. 18 fr.

GINTRAC (E.). De l'influence de l'hérédité sur les productions de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir, par le docteur E. Gintrac, professeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux ; *ouvrage couronné par l'Académie nationale de médecine.* Paris, 1845, in 4. 5 fr.

GIRARD. Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses, dites hystériques, par H. Girard (de Lyon), D. M. P., médecin en chef, directeur de l'hospice des aliénés d'Auxerre, etc., Paris, 1841, in-8. 2 fr.

GIRARD. De la construction et de la direction des asiles d'aliénés. Paris, 1848, in-8, *avec un plan*. 3 fr.

GODDE. Manuel pratique des maladies vénériennes des hommes, des femmes et des enfants, suivi d'une pharmacopée syphilitique, par M. Godde, de Liancourt, D. M., membre de plusieurs sociétés savantes, Paris, 1834, in-18 3 fr.

GORY et PERCHERON. Monographie des cétoines et genres voisins, formant, dans les familles de Latreille, la division des scarabées mélitophiles; par H. Gory et A. Percheron, membres de la Société entomologique de Paris. Paris, 1832—1838. Ce bel ouvrage est complet, il a été publié en 15 livraisons formant un fort volume in-8, imprimé sur papier grand-raisin, accompagné de 77 planches coloriées avec le plus grand soin. 60 fr.

GRAHAM. Traité de chimie organique, par Th. Graham, professeur de chimie à l'Université de Londres, traduit de l'anglais, par E. Mathieu-Plessy, préparateur de chimie. Paris, 1843, in-8, figures. 7 fr.

GRENIER et GODRON. Flore de France, ou description des plantes qui croissent naturellement en France et en Corse; par MM. Grenier et Godron, professeurs aux Facultés des sciences de Besançon et de Nancy. Paris, 1848-1852, 3 forts volumes in-8 de chacun 800 pages, publiés en six parties. — *En vente* le Tome premier en deux parties. Tome II, 1re partie, prix de chaque partie. 7 fr.

La publication d'une nouvelle *Flore de France*, plus complète que les précédentes, et mise au niveau des découvertes de la science moderne, était un besoin dont la lacune était sentie depuis longtemps des botanistes. C'est un livre qui sera également utile et consulté avec fruit par toutes les personnes qui s'occupent de l'étude des plantes.

MM. Grenier et Godron, dont les travaux antérieurs sont une suffisante recommandation, ont entrepris de remplir cette tâche laborieuse; profitant amplement des travaux des botanistes allemands, italiens et français, aidés des conseils bienveillants d'hommes qui font autorité dans la science, entourés de matériaux considérables amassés depuis longues années et qui se sont accrus de tous ceux qui ont été mis généreusement à leur disposition, ils espèrent pouvoir offrir au public un livre utile, fruit de leurs travaux persévérants et consciencieux.

GRIESSELICH, Manuel pour servir à l'étude critique de l'homœopathie, par le docteur Griesselich, rédacteur du journal l'*Hygæ*, traduit de l'allemand, par le docteur Schlesinger. Paris, 1849, 1 vol. in-12. 5 fr.

GRISOLLE. Traité pratique de la pneumonie aux différents âges et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques, par A. Grisolle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé de la faculté de médecine, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1841, in-8 de 750 pages. 8 fr.

Ouvrage qui a obtenu à l'Académie nationale de médecine le prix Itard de 3,000 fr., comme l'un des plus utiles à la pratique.

GUIBOURT. Histoire naturelle des drogues simples, ou Cours d'histoire naturelle professé à l'École de pharmacie de Paris, par J.-B. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine. *Quatrième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1849-1851, 4 forts volumes in-8, avec 800 figures intercalées dans le texte. 36 fr.

Cet ouvrage que les pharmaciens considèrent comme un *Vade mecum* de première nécessité, parce que la grande exactitude apportée par l'auteur dans la description des drogues permet de distinguer les diverses espèces et variétés qui se rencontrent dans le commerce, ainsi que les falsifications qu'on leur fait subir; cette quatrième édition a été soumise à une révision générale, et les augmentations ont été tellement importantes, qu'on peut le considérer comme un ouvrage entièrement neuf.

L'Histoire des Minéraux a reçu une très grande extension : le tome Ier tout entier est consacré à la *Minéralogie*, et forme un traité complet de cette science considérée dans ses applications aux arts et à la pharmacie. Les tomes II et III comprennent la *Botanique* ou l'Histoire des végétaux; le tome IV comprend la *Zoologie* ou l'Histoire des animaux et de leurs produits; il est terminé par une *table générale alphabétique* très étendue. Une addition importante, c'est celle de plus de 800 figures intercalées dans le texte, toutes exécutées avec le plus grand soin.

GUIBOURT. Pharmacopée raisonnée, ou Traité de pharmacie pratique et théorique, par N.-E. Henry et J.-B. Guibourt; *troisième édition*, revue et considérablement augmentée, par J.-B. Guibourt, professeur à l'école de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1847, in-8 de 800 pages à deux colonnes, avec 22 planches. 8 fr.

GUIBOURT. Manuel légal des pharmaciens et des élèves en pharmacie, ou Recueil des lois, arrêtés, règlements et instructions concernant l'enseignement, les études et l'exercice de la pharmacie, et comprenant le Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris, par N.-J.-B.-G. Guibourt, professeur-secrétaire de l'École de pharmacie de Paris, etc. Paris, 1852, 1 vol. in-12 de 230 pages. 2 fr.

Comme professeur et comme chargé de l'inspection des pharmacies dans le ressort de l'école de Paris, M. Guibourt a été à même de constater combien il serait utile aux élèves en pharmacie de connaître tous les règlements qui se rapportent à leur stage en pharmacie, à leurs études et à leur réception; et aux pharmaciens de trouver réunies dans un petit volume toutes les lois ou décisions qui régissent l'exercice de leur profession, dégagé de tout ce qui leur est étranger.

Cet ouvrage est divisé en deux parties : la *première* pour les lois et règlements qui ont trait à

GALTIER. Traité de pharmacologie et de l'art de formuler, par C.-P. Galtier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de pharmacologie, de matière médicale et de toxicologie, etc. Paris, 1841. In-8. 4 fr. 50

GALTIER. Traité de matière médicale et des indications thérapeutiques des médicaments, par C.-P Galtier. Paris. 1841. 2 forts vol. in-8. 15 fr.

GARNIER et HAREL. Des falsifications des substances alimentaires et des moyens chimiques de les reconnaître. *Paris*, 1844, in-12 de 528 pages. 4 fr. 50

GASTÉ. Abrégé de l'histoire de la médecine, considérée comme science et comme art dans ses progrès et son exercice, depuis son origine jusqu'au XIXe siècle; par L.-J. Gasté, D. M. P., médecin en chef de l'hôpital de Metz, membre correspondant de l'Académie nationale de Médecine. Paris, 1838, in-8. 7 fr.

GAUBIL. Catalogue synonymique des Coléoptères d'Europe et d'Algérie, par M. Gaubil, membre de la Société entomologique de France. Paris, 1849. 1 vol. in-8 12 fr.

Ouvrage le plus complet et qui offre le plus grand nombre d'espèces nouvelles.

GAULTIER DE CLAUBRY. De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, par le docteur Gaultier de Claubry, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1844, in-8 de 500 pages. 6 fr.

Indication des chapitres de cet ouvrage :

1° Synonymie et symptomatologie comparée du typhus et de la fièvre typhoïde. — 2° Epidémies de typhus et de fièvre typhoïde observées en France, en Allemagne, en Espagne, etc. — 3° Intensité respective des deux maladies. — 4° Formes diverses des deux affections. — 5° Des symptômes particuliers du typhus et de la fièvre typhoïde. 6° Anatomie pathologique du typhus et de la fièvre typhoïde. Comparaison des résultats des nécropsies dans les deux affections. — 7° Influence du sexe et de l'âge sur la production de ces maladies. — 8° De la mortalité comparative des deux maladies. — 9° De la non-récidive du typhus et de la fièvre typhoïde. — 10° Des causes, et en particulier, de la contagion du typhus et de la fièvre typhoïde. — 11° Trait. curatif et prophylactique du typhus et de la fièvre typhoïde.

GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. Histoire générale et particulière des Anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, ouvrage comprenant des recherches sur les caractères, la classification, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux, les lois et causes des Monstruosités, des variétés et vices de conformation ou *Traité de tératologie*; par Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, D. M. P., membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1832-1836, 3 vol. in-8 et atlas de 20 pl. 27 fr.

— Séparément les tomes 2 et 3. 16 fr.

GEORGET. De la physiologie du système nerveux, et spécialement du cerveau, Recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siége, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypocondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif; par E. Georget, D. M. P., membre de l'Académie de Médecine. Paris, 1821, 2 vol. in-8. 12 fr.

GEORGET. Discussion médico-légale sur la folie ou Aliénation mentale, suivie de l'Examen du procès criminel d'Henriette Cornier, et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense; par E. Georget, D. M. P. Paris. 1826, in-8. 3 fr. 50

GERANDO. De l'éducation des sourds-muets de naissance; par de Gérando, membre de l'Institut, administrateur et président de l'Institution des Sourds Muets. Paris, 1827, 2 forts vol. in-8. 16 fr.

GERDY. Essai de classification naturelle et d'analyse des Phénomènes de la vie, par le docteur P.-N. Gerdy. Paris, 1823, in-8. 2 fr.

GERDY. Traité des bandages, des pansements et de leurs appareils, par le docteur P.-N. Gerdy, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1837-1839, 2 vol. in-8 et Atlas de 20 planches in-4°. 18 fr.

GINTRAC (E.). De l'influence de l'hérédité sur les productions de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir, par le docteur E. Gintrac, professeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux; *ouvrage couronné par l'Académie nationale de médecine.* Paris, 1843, in-4. 5 fr.

GIRARD. Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses, dites hystériques, par H. Girard (de Lyon), D. M. P., médecin en chef, directeur de l'hospice des aliénés d'Auxerre, etc., Paris, 1841, in-8. 2 fr.

GIRARD. De la construction et de la direction des asiles d'aliénés. Paris, 1848, in-8, *avec un plan*. 3 fr.

GODDE. Manuel pratique des maladies vénériennes des hommes, des femmes et des enfants, suivi d'une pharmacopée syphilitique, par M. Godde, de Liancourt, D. M., membre de plusieurs sociétés savantes, Paris, 1834, in-18 3 fr.

GORY et PERCHERON. Monographie des cétoines et genres voisins, formant, dans les familles de Latreille, la division des scarabées mélitophiles; par H. Gory et A. Percheron, membres de la Société entomologique de Paris. Paris, 1832—1838. Ce bel ouvrage est complet, il a été publié en 15 livraisons formant un fort volume in-8, imprimé sur papier grand-raisin, accompagné de 77 planches coloriées avec le plus grand soin. 60 fr.

GRAHAM. Traité de chimie organique, par Th. Graham, professeur de chimie à l'Université de Londres, traduit de l'anglais, par E. Mathieu-Plessy, préparateur de chimie. Paris, 1843, in-8, figures. 7 fr.

GRENIER et GODRON. Flore de France, ou description des plantes qui croissent naturellement en France et en Corse; par MM. Grenier et Godron, professeurs aux Facultés des sciences de Besançon et de Nancy. Paris, 1848-1852, 3 forts volumes in-8 de chacun 800 pages, publiés en six parties. — *En vente* le Tome premier en deux parties, Tome II, 1re partie, prix de chaque partie. 7 fr.

La publication d'une nouvelle *Flore de France*, plus complète que les précédentes, et mise au niveau des découvertes de la science moderne, était un besoin dont la lacune était sentie depuis longtemps des botanistes. C'est un livre qui sera également utile et consulté avec fruit par toutes les personnes qui s'occupent de l'étude des plantes.

MM. Grenier et Godron, dont les travaux antérieurs sont une suffisante recommandation, ont entrepris de remplir cette tâche laborieuse; profitant amplement des travaux des botanistes allemands, italiens et français, aidés des conseils bienveillants d'hommes qui font autorité dans la science, entourés de matériaux considérables amassés depuis longues années et qui se sont accrus de tous ceux qui ont été mis généreusement à leur disposition, ils espèrent pouvoir offrir au public un livre utile, fruit de leurs travaux persévérants et consciencieux.

GRIESSELICH, Manuel pour servir à l'étude critique de l'homœopathie, par le docteur Griesselich, rédacteur du journal l'*Hygæa*, traduit de l'allemand, par le docteur Schlesinger. Paris, 1849, 1 vol. in-12. 5 fr.

GRISOLLE. Traité pratique de la pneumonie aux différents âges et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques, par A. Grisolle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé de la faculté de médecine, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1841, in-8 de 750 pages. 8 fr.

Ouvrage qui a obtenu à l'Académie nationale de médecine le prix Itard de 3,000 fr., comme l'un des plus utiles à la pratique.

GUIBOURT. Histoire naturelle des drogues simples, ou Cours d'histoire naturelle professé à l'École de pharmacie de Paris, par J.-B. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine. *Quatrième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1849 - 1851, 4 forts volumes in-8, avec 800 figures intercalées dans le texte. 30 fr.

Cet ouvrage que les pharmaciens considèrent comme un *Vade mecum* de première nécessité, parce que la grande exactitude apportée par l'auteur dans la description des drogues permet de distinguer les diverses espèces et variétés qui se rencontrent dans le commerce, ainsi que les falsifications qu'on leur fait subir; cette quatrième édition a été soumise à une révision générale, et les augmentations ont été tellement importantes, qu'on peut le considérer comme un ouvrage entièrement neuf.

L'Histoire des Minéraux a reçu une très grande extension: le tome Ier tout entier est consacré à la *Minéralogie*, et forme un traité complet de cette science considérée dans ses applications aux arts et à la pharmacie. Les tomes II et III comprennent la *Botanique* ou l'Histoire des végétaux; le tome IV comprend la *Zoologie* ou l'Histoire des animaux et de leurs produits: il est terminé par une *table générale alphabétique* très étendue. Une addition importante, c'est celle de plus de 800 figures intercalées dans le texte, toutes exécutées avec le plus grand soin.

GUIBOURT. Pharmacopée raisonnée, ou Traité de pharmacie pratique et théorique, par N.-E. Henry et J.-B. Guibourt; *troisième édition*, revue et considérablement augmentée, par J.-B. Guibourt, professeur à l'école de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1847, in-8 de 800 pages à deux colonnes, avec 22 planches. 8 fr.

GUIBOURT. Manuel légal des pharmaciens et des élèves en pharmacie, ou Recueil des lois, arrêtés, règlements et instructions concernant l'enseignement, les études et l'exercice de la pharmacie, et comprenant le Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris, par N.-J.-B.-G. Guibourt, professeur-secrétaire de l'École de pharmacie de Paris, etc. Paris, 1852, 1 vol. in-12 de 230 pages. 2 fr.

Comme professeur et comme chargé de l'inspection des pharmacies dans le ressort de l'école de Paris, M. Guibourt a été à même de constater combien il serait utile aux élèves de connaître tous les règlements qui se rapportent à leur stage en pharmacie, à leur réception; et aux pharmaciens de trouver réunies dans un petit volume décisions qui régissent l'exercice de leur profession, dégagé de tout ce qui

Cet ouvrage est divisé en deux parties: la *première* pour les lois et règ

l'administration des écoles de pharmacie, aux rapports des écoles avec les élèves et les pharmaciens exerçants; là se trouve naturellement le *Programme des cours de l'Ecole de pharmacie de Paris*, et, sous le titre de *Bibliothèque du Pharmacien*, l'indication des meilleurs ouvrages à consulter; puis ce qui a rapport au service de santé des hôpitaux et à l'Académie nationale de médecine; la *seconde partie* pour les lois et règlements qui se rapportent exclusivement à l'exercice de la pharmacie. Le tout accompagné de notes explicatives et de commentaires dont une longue expérience dans la pratique et dans l'enseignement ont fait sentir l'utilité.

Dans une *troisième partie* se trouvent résumés les *desiderata*, ou les améliorations généralement réclamées pour une nouvelle organisation de la pharmacie.

GUILLOT. Exposition anatomique de l'organisation du centre nerveux dans les quatre classes d'animaux vertébrés, par le docteur Nat. Guillot, médecin de l'hôpital Necker, professeur-agrégé à la faculté de médecine de Paris. (Ouvrage couronné par l'Académie Royale des Sciences de Bruxelles.) Paris, 1844, in-4 de 370 pages avec 18 planches, contenant 224 figures. 16 fr.

GUISLAIN. Leçons orales sur les phrénopathies ou Traité théorique et pratique sur les maladies mentales. Cours donné à la clinique des établissements d'aliénés de Gand, par le docteur J. Guislain, professeur de l'Université de Gand. 1852, 3 vol. in-8 avec figures. 21 fr.

GUNTHER. Nouveau manuel de médecine vétérinaire homœopathique, ou Traitement homœopathique des maladies du cheval, du bœuf, de la brebis, du porc, de la chèvre et du chien, à l'usage des vétérinaires, des propriétaires ruraux, des fermiers, des officiers de cavalerie et de toutes les personnes chargées du soin des animaux domestiques, par F.-A. Gunther. Traduit de l'allemand sur la troisième édition, par P.-J. Martin, médecin vétérinaire, ancien élève des écoles vétérinaires, Paris, 1846, in-8. 6 fr.

HAAS. Mémorial du médecin homœopathe, ou Répertoire alphabétique de traitements et d'expériences homœopathiques, pour servir de guide dans l'application de l'homœopathie au lit du malade, par le docteur Haas. Traduit de l'allemand par A. J.-L. Jourdan. *Deuxième édition*, revue et augmentée. Paris, 1850 in-18. 3 fr.

Cet ouvrage a pour but de mettre en évidence tout ce que l'homœopathie a produit jusqu'à ce jour; il servira à diriger l'attention vers tel ou tel d'entre tous les nombreux moyens dont cette méthode dispose; il servira de guide à l'homœopathiste au début de sa carrière, et à lui faire connaître, sous le point de vue pratique, l'efficacité des substances sur lesquelles son choix doit se fixer.

HAHNEMANN. Exposition de la doctrine médicale homœopathique, ou Organon de l'art de guérir; par S. Hahnemann; suivie d'Opuscules de l'auteur, comprenant: 1° Des formules en médecine; 2° Les effets du café; 3° La médecine de l'expérience; 4° Esculape dans la balance; 5° Urgence d'une réforme en médecine; 6° Valeur des systèmes en médecine; 7° Conseils à un aspirant au doctorat; 8° Trois méthodes accréditées de traiter les maladies; 9° L'allopathie; 10° Les obstacles à la certitude et à la simplicité de la médecine pratique sont-ils insurmontables? 11° La belladone, préservatif de la scarlatine; traduit de l'allemand sur la dernière édition, par le docteur A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie nationale de médecine. *Troisième édition*, augmentée et précédée d'une notice sur la vie, les travaux et la doctrine de l'auteur; par le docteur Léon Simon. Accompagnée du portrait de Hahnemann, gravé sur acier. Paris, 1845, in-8. 8 fr.

HAHNEMANN. Études de médecine homœopathique, servant de complément aux Opuscules de l'auteur publiés dans l'Organon, suivi des Études cliniques du docteur Hartung, trad. de l'allem. par le docteur Schlesinger-Rahier. Paris, 1850, in-8. 7 fr.

Ce nouvel ouvrage de S. Hahnemann est le *Complément* de ses Œuvres; les principaux Opuscules que le composent sont: 1° Du choix du médecin; 2° Essai sur un nouveau principe pour découvrir le vertu curative des substances médicinales; 3° Antidotes de quelques substances végétales héroïques; 4° Des fièvres continues et rémittentes; 5° Des maladies périodiques à types hebdomadaires; 6° De la préparation et de la dispensation des médicaments par les médecins homœopathes; 7° Essai historique et médical sur l'ellébore et l'elléborisme; 8° Un cas de folie; 9° Traitement du choléra; 10° Une chambre d'enfants; 11° De la satisfaction de nos besoins matériels; 12° Lettres et discours; 13° Études cliniques, par le docteur Hartung, composé de 30 observations, fruit de vingt-cinq ans d'une grande pratique.

HAHNEMANN. Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques; par le docteur S. Hahnemann; traduit de l'allemand sur la dernière édition, par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Acad. nat. de médecine. *Deuxième édition* entièrement refondue et considérablement augm. Paris, 1846, 3 vol. in-8, 23 fr.

Cette seconde édition est en réalité un ouvrage nouveau. Non seulement l'auteur a refondu l'histoire de chacun des *vingt-deux* médicaments dont se composait la première, et a presque doublé pour chacun d'eux le nombre des symptômes, mais encore il a ajouté *vingt-cinq* substances nouvelles, de sorte que le nombre total des médicaments antipsoriques se trouve porté aujourd'hui à *quarante-sept*.

HAHNEMANN. Traité de matière médicale pure, ou de l'Action homœopathique des médicaments; par S. Hahnemann, avec des Tables proportionnelles de l'influence que diverses circonstances exercent sur cette action; par C. Bœnninghausen; traduit de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1834, 3 forts vol. in 8. 30 fr.

HARTMANN. Thérapeutique homœopathique des maladies aiguës et des maladies chroniques, par le docteur Fr. Hartmann, traduit de l'allemand sur la *troisième édition*, par A.-J.-L. Jourdan et Schlesinger. Paris, 1847-1850, 2 forts vol. in-8. 16 fr.
Le deuxième et dernier volume. 8 fr.

HATIN. Petit Traité de médecine opératoire et Recueil de formules à l'usage des sages-femmes. *Deuxième édition*, augmentée. Paris, 1837, in-18, fig. 2 fr. 50.

HAUFF. Mémoire sur l'usage des pompes dans la pratique médicale et chirurgicale, par le docteur *Hauff*, professeur à l'université de Gand. Paris, 1836, in-8. 3 fr. 50.

HAUSSMANN. Des subsistances de la France, du blutage et du rendement des farines et de la composition du pain de munition; par N.-V. Haussmann, intendant militaire. Paris, 1848, in-8 de 76 pages. 2 fr.

HEIDENHAIN et EHRENBERG. Exposition des méthodes hydriatriques de Priessnitz dans les diverses espèces de maladies; considérées en elles-mêmes et comparées avec celles de la médecine allopathique, par les docteurs H. Heidenhain et H. Ehrenberg. Paris, 1842, in-18 grand papier. 3 fr. 50.

HÉRING. Médecine homœopathique domestique, par le docteur B. Héring (de Philadelphie), rédigée d'après les meilleurs ouvrages homœopathiques et d'après sa propre expérience, avec additions des docteurs Goullon, Gross et Staff, traduite de l'allemand et publiée par le docteur L. Marchant. *Deuxième édition* corrigée et augmentée. Paris, 1850, 1 vol. in-12 de 500 pages. 5 fr.

Cet ouvrage enseigne la manière de se soulager dans un grand nombre de maladies, soit par des moyens domestiques, soit, lorsque ceux-ci sont insuffisants, par des remèdes homœopathiques qui ne nuisent jamais et sont toujours utiles lorsqu'ils sont convenablement administrés. C'est pour cela que la *médecine homœopathique domestique* s'adresse à tous; d'abord à ceux qui sont convaincus par leur propre expérience des avantages réels des principes hahnemanniens, et puis à ceux qui n'ont pas eu occasion d'acquérir cette conviction, de même aussi qu'à ceux qui n'ont entendu que mal parler de l'homœopathie.

HERPIN. Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie, par le docteur Th. Herpin, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Genève, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien vice-président de la Faculté de médecine et du conseil de santé de Genève, etc. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 650 pages. 7 fr. 50

Dans cet ouvrage, l'auteur apprécie l'influence que les diverses conditions d'âge, de sexe, de constitution, ainsi que celle de différentes maladies, ou antécédentes ou concomitantes, peuvent exercer sur la gravité plus ou moins grande de l'Épilepsie et sur son degré de curabilité. Il étudie encore, sous le même rapport, l'influence bonne ou mauvaise qui peut être exercée par l'hérédité, la menstruation, la grossesse, l'état de mariage ou de célibat, le degré d'intelligence des individus, leur position sociale, et enfin l'ancienneté de la maladie elle-même. L'importance du sujet étudié par M. Herpin, le sévérité de la méthode qu'il a suivie pour observer et apprécier les faits, l'intérêt des résultats auxquels il est arrivé, ont paru à la commission mériter, à ce médecin, une récompense de 1,500 fr. (*Rapport à l'Institut sur les prix de médecine pour* 1850.)

ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, traduction nouvelle, *avec le texte grec en regard*, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques; suivie d'une table générale des matières, par E. Littré, membre de l'Institut de France. Paris, 1839-1851.—Cet ouvrage formera 9 forts vol. in-8, de 700 pages chacun. Prix de chaque vol. 10 fr.
Il a été tiré quelques exemplaires sur jésus-vélin. Prix de chaque volume. 20 fr.

Les 7 volumes publiés contiennent:

T. I. Préface (16 pag.).—Introduction (554 p.).—De l'ancienne médecine (83 p).

T. II. Avertissement (56 pages).— Traité des airs, des eaux et des lieux (93 pages). — Le pronostic (100 pages). — Du régime dans les maladies aiguës (337 pages). — Des épidémies, livre Ier (190 pages).

T. III. Avertissement (46 pages).—Des épidémies, livre III (149 pages).—Des plaies de tête (211 pages).—De l'officine du médecin (76 pages).—Des fractures (224 pages).

T. IV. Des articulations (327 pages). — Le mochlique (68 pages). — Aphorismes (150 pages). — Le serment (20 pages). — La loi (20 pages).

T. V. Des épidémies, livres II, IV, V, VI, VII (469 pages). — Des humeurs (35 pages). — Les Prorrhétiques, livre I (71 pages). — Prénotions coaques (161 pages).

T. VI. De l'art (28 pages). — De la nature de l'homme (31 pages). — Du régime salutaire (27 pages). — Des vents (29 pages). — De l'usage des liquides (22 pages). — Des maladies (68 pages).—Des affections (67 pag.).—Des lieux dans l'homme (40 pag

Tome VII. Des maladies, livres II, III (462 pages). — Des affections int-

(140 pages). — De la nature de la femme (50 pages). — Du fœtus à 7, 8 et 9 mois. De la génération. De la nature de l'enfant. (80 pag.) — Des maladies, livre IV, (76 pag.), etc.

Tome VIII. Sous presse.

HIPPOCRATE. Aphorismes, traduction nouvelle *avec le texte grec en regard*, collationnée sur les manuscrits et toutes les éditions, précédés d'un argument interprétatif; par E. Littré, membre de l'Institut de France. Paris, 1844, gr. in-18. 3 fr.

HODGSON. Traité des maladies des Artères et des Veines, traduit de l'anglais avec des notes par G. Breschet, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Paris, 1819, 2 vol. in-8. 15 fr.

HOEFER. Nomenclature et Classifications chimiques, suivies d'un Lexique historique et synonymique comprenant les noms anciens, les formules, les noms nouveaux, le nom de l'auteur et la date de la découverte des principaux produits de la chimie. Paris, 1845, 1 vol. in-12 avec tableaux. 3 fr.

La nouvelle impulsion donnée à l'étude de la chimie par MM. Thénard, Gay-Lussac, Dumas, etc., en France; Berzélius, en Suède; Mitscherlich, H. Rose, Liebig, etc., en Allemagne; H. Davy, Thomson, Dav. Graham, en Angleterre, ont fait penser à M. Hoefer qu'un ouvrage qui ferait connaître les nouvelles méthodes de nomenclature et de classifications des produits de la chimie, en même temps que les modifications introduites dans le langage, serait à l'époque actuelle un livre véritablement utile. Cet ouvrage est divisé en deux parties : *Nomenclature et classifications*. Cette partie est particulièrement destinée aux personnes qui commencent l'étude de la chimie. La deuxième partie, sous le titre de LEXIQUE, comprend dans autant de colonnes *noms actuels, formules, noms anciens, noms des auteurs et dates de la découverte*. Le soin apporté à cette partie la plus importante du livre, le fera consulter avec avantage par toutes les personnes qui s'occupent de la chimie.

HOFFBAUER. Médecine légale relative aux aliénés, aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence; par Hoffbauer; traduit de l'allem. par Chambeyron, D. M. P., avec des notes, par MM. Esquirol et Itard. Paris, 1827, in-8. 6 fr.

HOUDART. Études historiques et critiques sur la vie et la Doctrine d'Hippocrate et sur l'état de la médecine avant lui; par le docteur Houdart, membre de l'Académie royale de médecine. 2e *édition augmentée*. Paris, 1840, in-8. 7 fr. 50

HUBERT-VALLEROUX. Mémoire sur le catarrhe de l'oreille et sur la surdité qui en est la suite, avec l'indication d'un nouveau mode de traitement, appuyé d'observations pratiques. *Deuxième* édition augmentée. Paris, 1845, in-8. 2 fr. 50

HUNTER. Œuvres complètes de J. Hunter, traduites de l'anglais sur l'édition de J. Palmer, par le docteur G. Richelot. Paris, 1843, 4 forts vol. in-8, avec atlas in-4 de 64 planches. 40 fr.

Cet ouvrage comprend : T. I. Vie de Hunter; Leçons de chirurgie. — T. II. Traité des dents, avec une par Ch. Bell et J. Oudet; Traité de la syphilis, annoté par le docteur Ph. Ricord. — T. III. Traité du sang de l'inflammation et des plaies par armes à feu; phlébite, anévrismes. — T. IV. Observations sur certaines parties de l'économie animale; Mémoires d'anatomie, de physiologie, d'anatomie comparée et de zoologie, annotés par R. Owen.

HUNTER. Traité de la maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par G. Richelot, avec de nombreuses annotations par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hospice des Vénériens. *Deuxième édition*, corrigée et augmentée de nouvelles notes. Paris, 1852, in-8 de 800 pages, avec 9 planches. 9 fr.

Parmi les nombreuses additions ajoutées par M. Ricord, nous citerons seulement les plus étendues; elles traitent de :

L'inoculation de la syphilis. — Différence d'identité entre la blennorrhagie et le chancre. — Des affections des testicules à la suite de la blennorrhagie. — De la blennorrhagie chez la femme. — Du traitement de la gonorrhée et de l'épididymite. — Des écoulements à l'état chronique. — Des rétrécissements de l'urètre comme effet de la gonorrhée. — De la cautérisation. — Des bougies. — Des fausses routes de l'urètre. — Des fistules urinaires. — De l'ulcère syphilitique primitif et du chancre. — Traitement du chancre, de son mode de pansement. — Du phymosis. — Des ulcères phagédéniques. — Des végétations syphilitiques. — Du bubon et de son traitement. — Sur les affections vénériennes de la gorge. — De la syphilis constitutionnelle. — Sur les accidents tertiaires et secondaires de la syphilis. — Des éruptions syphilitiques, de leurs formes, de leurs variétés et de leur traitement. — De la prophylaxie de la syphilis.

ITARD. Traité des maladies de l'oreille et de l'audition, par J.-M. Itard, médecin de l'institution des Sourds-Muets de Paris. *Deuxième édition*, considérablement augmentée, et publiée par les soins de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1842, 2 vol. in-8, avec 3 pl. 14 fr.

Indépendamment des nombreuses additions et de la révision générale, cette seconde édition a reçu augmentée de deux Mémoires importants, savoir : 1° Mémoire sur le mutisme produit par les lésions des fonctions intellectuelles; 2° De l'éducation d'un homme sauvage, ou des premiers développements physiques et moraux du jeune sauvage de l'Aveyron.

JAHR. Nouveau Manuel de médecine homœopathique, ou Résumé des principaux effets des médicaments homœopathiques, avec indication des observations cliniques, divisé en deux parties 1° *Matière médicale*; 2° *Répertoire symptomatologique et thérapeutique*, par le docteur G. H. G. Jahr. *Cinquième édition* augmentée. Paris, 1850. 4 vol. grand in-12. 18 fr.

JAHR. Du traitement homœopathique des maladies de la peau et des lésions extérieures en général, par le docteur G.-H.-G. Jahr. Paris, 1850, 1 vol. in-8 de 608 pages 8 fr.

Préparé par de longues et consciencieuses études, il appartenait à M. le docteur Jahr d'élucider la question des affections cutanées, de ces maladies si souvent rebelles à tout traitement et qui font le désespoir des malades et des médecins. Cet ouvrage est divisé en trois parties : 1° Thérapeutique des maladies de la peau ; 2° Matière médicale ; 3° Répertoire symptomatique.

JAHR. Du traitement homœopathique des maladies nerveuses et des maladies mentales, par le docteur G.-H.-G. Jahr. Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 500 pages. *Sous presse.*

JAHR. Notices élémentaires sur l'homœopathie et la manière de la pratiquer, avec quelques uns des effets les plus importants de dix des principaux remèdes homœopathiques, à l'usage de tous les hommes de bonne foi qui veulent se convaincre par des essais de la vérité de cette doctrine, par G.-H.-G. Jahr, 2e édit., augmentée. Paris, 1844, in-18 de 135 pages. 1 fr. 75

Cet ouvrage comprend : Introduction. — De l'examen du malade. — De la recherche du médicament. — De l'emploi des médicaments. — Du régime à prescrire. — Quelques effets de dix des principaux médicaments homœopathiques : 1° aconit; 2° arnica; 3° arsenicum ; 4° belladona ; 5° bryonia ; 6° camomilla ; 7° mercurius; 8° Nux vomica; 9° pulsatilla; 10° sulfur.

JOBERT. Traité de chirurgie plastique, par le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1849, 2 v. in-8, et atlas de 18 pl. in-fol. grav. et color. d'après nature. 50 fr.

Les succès obtenus par M. le docteur Jobert dans les diverses et grandes opérations chirurgicales qui réclament l'autoplastie, et particulièrement dans le traitement des fistules vésico-vaginales, donnent à cet ouvrage une très haute importance ; il suffit donc d'indiquer les sujets qui y sont traités. — Des cas qui réclament l'autoplastie, des préparations auxquelles il convient de soumettre les parties intéressées dans l'opération. — Des parties qui doivent entrer dans la composition du lambeau et des tissus propres à le former. — Des méthodes autoplastiques. — Application pratique, autoplastie crânienne, faciale et de l'appareil de la vision. — De la rhinoplastie ou réparation du nez, de la réparation des joues, de la bouche (stomatoplastie). — De la trachéoplastie, de la thoracoplastie. — Autoplastie des membres supérieurs. — Autoplastie du canal intestinal et dans les hernies. — Autoplastie des organes génitaux de l'homme (testicule, fistule urinaire, périnée). — — Autoplastie des organes génito-urinaires de la femme, vice de conformation des grandes et petites lèvres, oblitération de la vulve et du vagin. — Autoplastie de l'urètre et de la vessie chez la femme ; fistules vésico-vaginales, chapitre important qui occupe près de 400 pages.

JOBERT. Traités des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales entéro-vaginales et recto-vaginales, par le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1852, in-8 avec 10 figures intercalées dans le texte. 7 fr. 50

Ouvrage *faisant suite* et servant de *Complément* au Traité de chirurgie plastique.

JOURDAN. Pharmacopée universelle, ou Conspectus des pharmacopées d'Amsterdam, Anvers, Dublin, Edimbourg, Ferrare, Genève, Grèce, Hambourg, Londres, Oldambourg, Parme, Slewig, Strasbourg, Turin, Wurtzbourg ; américaine, autrichienne, batave, belge, danoise, espagnole, finlandaise, française, hanovrienne, hessoise, polonaise, portugaise, prussienne, russe, sarde, saxonne, suédoise et wurtembergeoise ; des dispensaires de Brunswick, de Fulde, de la Lippe et du Palatinat ; des pharmacopées militaires de Danemarck, de France, de Prusse et de Wurtzbourg ; des formulaires et pharmacopées d'Ammon, Augustin, Beral, Bories, Brera, Brugnatelli, Cadet de Gassicourt, Cottereau, Cox, Ellis, Foy, Giordano, Guibourt, Hufeland, Magendie, Phœbus, Piderit, Pierquin, Radius, Ratier, Saunders, Schubarth, Sainte-Marie, Soubeiran, Spielmann, Swediaur, Taddei et Van-Mons ; ouvrage contenant les caractères essentiels et la synonymie de toutes les substances citées dans ces recueils, avec l'indication, à chaque préparation, de ceux qui l'ont adoptée, des procédés divers recommandés pour l'exécution des variantes qu'elle présente dans les différents formulaires, des noms officinaux sous lesquels on la désigne dans divers pays, et des doses auxquelles on l'administre ; par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie nationale de Médecine. *Deuxième édition entièrement refondue* et considérablement augmentée, et *précédée de Tableaux présentant la concordance des divers poids médicinaux de l'Europe entre eux et avec le système décimal.* Paris, 1840, 2 forts volumes in-8 de chacun près de 800 pages, à deux colonnes. 25 fr.

JOURDAN. Dictionnaire raisonné, étymologique, synonymique et polyglotte des termes usités dans les sciences naturelles ; comprenant l'anatomie, l'histoire naturelle et la physiologie générales ; l'astronomie, la botanique, la chimie, la géographie physique, la géologie, la minéralogie, la physique, la zoologie, etc. ; par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie nationale de Médecine. Paris, 1834, 2 forts vol. in-8, à deux colonnes. 18 fr.

Le goût des sciences naturelles est si généralement répandu aujourd'hui, qu'il y avait une véritable nécessité de mettre à la portée du public instruit, un Dictionnaire des termes que les savants emploient, en indiquant leur

étymologie, leur synonymie dans les langues grecque, latine, allemande, anglaise et italienne, les acceptions diverses et particulières sous lesquelles ils ont été employés dans tels ou tels auteurs. C'est en consultant tous les travaux entrepris en histoire naturelle depuis 40 années, que M. Jourdan est parvenu à faire un livre nécessaire à toutes les personnes qui se livrent à l'étude des sciences naturelles, il sera surtout indispensable à toutes celles qui consultent des ouvrages écrits en langue étrangère, puisqu'elles y trouveront réunis non seulement plus de *dix-huit mille mots*, dont PLUS DES DEUX TIERS NE SE TROUVENT ENCORE DANS AUCUN GLOSSAIRE, mais encore une masse imposante d'exemples.

JOURDAN. Traité complet des maladies vénériennes, contenant l'exposition de leurs symptômes et de leur traitement rationnel, d'après les principes de la médecine organique, avec l'histoire critique des théories et des méthodes curatives généralement reçues, par le docteur J.-L. Jourdan. Paris, 1826, 2 vol. in-8. 14 fr.

KIÉNER. Species général et iconographie des coquilles vivantes, publiées par monographies, comprenant la collection du Muséum d'Histoire Naturelle de Paris, la collection Lamarck, celle de M. B. Delessert, et les découvertes les plus récentes des voyageurs; par L.-C. Kiéner, conservateur des Collections du prince Masséna et de celles du Muséum d'Histoire Naturelle de Paris.

Chaque livraison est composée de six planches gravées, coloriées avec le plus grand soin, et du texte descriptif formant une feuille et demie d'impression.

L'ouvrage se composera d'environ 150 à 200 livraisons, publiées de mois en mois. *Les livraisons 1 à 136 sont en vente.* Prix de chaque :

Grand in-8, papier raisin superfin satiné, figures coloriées, 6 fr.
Grand in-4, papier vélin satiné, figures coloriées, 12 fr.

KONINCK. Description des animaux fossiles qui se trouvent dans le terrain carbonifère de Belgique, par L. de Koninck, professeur de l'Université de Liége, 1844. 2 vol. in-4 dont de 69 planches.

Cet important ouvrage comprend 1° les Polypiers, 2° les Radiaires, 3° les Annélides, 4° les Mollusques céphalés et acéphalés, 5° les Crustacés, 6° les Poissons, divisés en 95 genres et 434 espèces. C'est un des ouvrages que l'on consultera avec le plus d'avantage pour l'étude comparée de la géologie et de la conchyologie.

LAENNEC. Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur, par R. Th. Laennec, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris; quatrième édition, avec des additions par G. Andral, professeur de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1836, 3 vol. in-8, avec 10 planches. 21 fr.

LAFITTE. Symptomatologie homœopathique, ou tableau synoptique de toute la matière pure, à l'aide duquel se trouve immédiatement tout symptôme ou groupe de symptômes cherché; par P.-J. Lafitte, Paris, 1844, 1 vol. in-4 de près de 1000 pages. 35 fr.

LAMARCK. Histoire naturelle des animaux sans vertèbres, présentant les caractères généraux et particuliers de ces animaux, leur distribution, leurs classes, leurs familles, leurs genres et la citation synonymique des principales espèces qui s'y rapportent; par J.-B.-P.-A. de Lamarck, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle. *Deuxième édition*, revue et augmentée des faits nouveaux dont la science s'est enrichie jusqu'à ce jour; par M. G.-P. Deshayes et H. Milne Edwards. Paris, 1835.—1845. 11 forts vol. in-8. 88 fr.

Cet ouvrage est distribué ainsi : T. I, *Introduction*, *Infusoires*; T. II, *Polypiers*; T. III, *Radiaires*, *Tuniciers*, *Vers*, *Organisation des insectes*; T. IV, *Insectes*; T. V, *Arachnides*, *Crustacés*, *Annélides*, *Cirrhipèdes*. T. VI, VII, VIII, IX, X, XI, *Histoire des Mollusques*.

Dans cette nouvelle édition M. Deshayes s'est chargé de revoir et de compléter l'*Introduction*, l'*Histoire des Mollusques* et des *Coquilles*; M. Milne Edwards, les *Infusoires*, les *Polypiers*, les *Zoophytes*, l'organisation des *Insectes*, les *Arachnides*, les *Crustacés*, les *Annélides*, les *Cirrhipèdes*; M. F. Dujardin, les *Radiaires*, les *Échinodermes* et les *Tuniciers*; M. Nordmann (de Berlin), les *Vers*, etc.

Les nombreuses découvertes des voyageurs, les travaux originaux de MM. Milne Edwards et Deshayes, ont rendu les additions tellement importantes, que l'ouvrage de Lamarck a plus que doublé dans plusieurs parties, principalement dans l'Histoire des mollusques, et nous ne craignons pas de présenter cette deuxième édition comme un ouvrage nouveau, devenu de première nécessité pour toute personne qui veut étudier avec succès les sciences naturelles en général, et en particulier, celle des animaux inférieurs.

LAMOTTE. Catalogue des plantes vasculaires de l'Europe centrale, comprenant la France, la Suisse, l'Allemagne, par Martial Lamotte. Paris, 1847, in-8 de 104 pages, petit-texte à deux colonnes. 2 fr. 50.

Ce catalogue facilitera les échanges entre les botanistes et leur évitera les longues listes de plantes de leurs desiderata et des plantes qu'ils peuvent offrir. — Il servira de catalogue d'herbier, de table pour des ouvrages sur les plantes de France et d'Allemagne; il sera d'une grande utilité pour recevoir des notes de géographie botanique, pour signaler les espèces qui composent les fleurs des localités circonscrites, pour désigner les plantes utiles et industrielles, les plantes médicinales, les espèces ornementales, pour comparer la végétation arborescente à celle qui est cachée, les rapports numériques des genres, des espèces, etc.

LANGLEBERT. Guide pratique, scientifique et administratif de l'étudiant en médecine, ou Conseils aux élèves sur la direction qu'ils doivent donner à leurs études; suivi des réglements universitaires, relatifs à l'enseignement de la médecine dans les facultés, les écoles préparatoires, et des conditions d'admission dans le service de santé de l'armée et de la marine; 2e édition, corrigée et entièrement refondue; par le docteur Ed. Langlebert. Paris, 1852. Un beau vol. in-18 de 340 pages. 2 fr. 50

Cet ouvrage, vraiment utile, répond très bien à son titre. C'est à chaque page qu'il faut suivre l'auteur pour apprécier avec quel soin il dirige l'élève dans la série si nombreuse et si diverse des sciences qu'il doit étudier; il lui indique par quelle méthode sûre, rationnelle, il faut graduellement pénétrer dans le domaine de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter de faire. L'auteur a divisé son ouvrage en deux parties.

Dans la *première partie*, M. Langlebert prend l'élève à partir inclusivement du baccalauréat ès-sciences, et il le conduit par la longue série des études et des examens jusqu'au doctorat. Il lui indique les cours officiels ou particuliers qu'il doit fréquenter, les livres qu'il doit lire ou consulter; de plus, à chacune de ces indications, M. Langlebert ajoute une appréciation des hommes et des choses qu'elle comporte. Il y a de l'indépendance et du courage dans ses appréciations; on y sent une vive sympathie pour l'élève, et le désir de lui aplanir les difficultés qu'il rencontre en pénétrant dans nos Ecoles.

Le *deuxième partie* est consacrée à l'exposition des Réglements et Ordonnances relatives à l'étude de la médecine actuellement en vigueur; il fait connaître le personnel et l'enseignement des Facultés de Montpellier et de Strasbourg et des écoles préparatoires, etc., etc.

LAUVERGNE. Les forçats considérés sous le rapport physiologique, moral et intellectuel, observés au bagne de Toulon; par H. Lauvergne, médecin en chef de la marine et de l'hôpital du bagne de Toulon. Paris, 1841. In-8. 7 fr.

LAUVERGNE. De l'agonie et de la mort dans les différentes classes de la société, considérées sous les rapports humanitaires, philosophiques et religieux, par le docteur H. Lauvergne. Paris, 1842, 2 vol. in-8. 15 fr.

LAWRENCE. Traité pratique sur les maladies des yeux, ou Leçons données à l'infirmerie ophthalmique de Londres sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil; par Lawrence, chirurgien en chef de cet hôpital, membre du collége royal des chirurgiens de Londres; traduit de l'anglais avec des notes, et suivi d'un Précis de l'anatomie pathologique de l'œil, par C. Billard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Paris, 1830, in-8. 7 fr.

LEBERT. Physiologie pathologique, ou Recherches cliniques, expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, la formation du cal, etc., par le docteur H. Lebert, membre de plusieurs sociétés savantes. Paris, 1845, 2 vol. in-8. avec atlas de 22 Planches gravées. 23 fr.

Cet important ouvrage est ainsi divisé:

Dans la *première partie*, l'auteur traite de l'inflammation dans tous les organes, avec les terminaisons diverses et les modifications que lui impriment les différentes parties dans lesquelles on l'observe. — Dans la *deuxième partie*, il examine la tuberculisation, il en fait connaître les caractères généraux, et dit quels sont les principaux phénomènes qu'elle présente suivant son siége. — Dans la *troisième partie*, qui forme presque un entier le second volume, sont consignées les recherches sur les tumeurs, que l'auteur divise en deux grandes classes, selon les tissus qui les constituent: 1° *homoeomorphes*, lorsqu'ils ne sont que le développement local d'un des éléments qui existent normalement dans l'organisme, soit à l'état permanent, soit pendant la période embryonnaire; 2° *hétéromorphes*, lorsqu'on ne les rencontre point dans l'état normal, et qu'ils sont de formation tout-à fait nouvelle. Il traite d'une manière particulière et avec détails de la nature et de la structure du cancer: c'est certainement là un des sujets qui avaient le plus besoin d'être élucidés.

L'ouvrage est terminé par quatre Mémoires: 1° *sur la formation du cal*; 2° *sur les productions végétales que l'on rencontre dans la teigne*; 3° *sur les hydatides du foie renfermant des échinocoques*; 4° *sur la théorie cellulaire et la formation des parties élémentaires qui constituent nos organes à l'état normal et à l'état pathologique.*

LEBERT. Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, par le docteur H. Lebert. *Ouvrage couronné par l'Académie nationale de médecine.* Paris, 1849, 1 vol. in-8 de 820 pages. 9 fr.

LEBERT. Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, par le docteur H. Lebert. Paris, 1851, 1 vol. in-8 de 892 pages. 9 fr.

LEBLANC ET TROUSSEAU. Anatomie chirurgicale des principaux animaux domestiques, ou Recueil de 30 planches représentant: 1° l'anatomie des régions du cheval, du bœuf, du mouton, etc., sur lesquelles on pratique les opérations les plus graves; 2° les divers états des dents du cheval, du bœuf, du mouton, du chien, indiquant l'âge de ces animaux; 3° les instruments de chirurgie vétérinaire; 4° un texte explicatif; par U. Leblanc, médecin vétérinaire, ancien répétiteur à l'École vétérinaire d'Alfort, et A. Trousseau, professeur à la Faculté de Paris, Atlas pour servir de suite et de complément au *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*; par M. Hurtrel-d'Arboval. Paris, 1828, grand in-fol., composé de 30 planches gravées et coloriées avec soin. 42 f.

Cet atlas est dessiné par Chenal, sur des pièces anatomiques originales, et gravé par Ambr. Tardieu.

LUDOVIC-HIRSCHFELD et LÉVEILLÉ. La Névrologie ou Description et Iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme, avec leur mode de préparations, par MM. le docteur Ludovic Hirschfeld et M. J. B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1850-1852. Neuf livraisons sont publiées.

Cet ouvrage sera composé de 90 planches in-4, dessinées d'après nature et lithographiées par M. Léveillé, il sera publié en dix livraisons, chacune de 9 planches, avec texte descriptif et raisonné.

Prix de la livraison, figures noires. 5 fr.
figures coloriées. 10 fr.

Afin de donner plus d'ensemble et de régularité à cet ouvrage, les auteurs n'ont voulu en commencer la publication que lorsque les dessins en étaient achevés; c'est une garantie pour le public d'un ouvrage bien coordonné.

LUGOL. Mémoires 1° sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses; 2° sur l'emploi des bains iodurés, suivi d'un tableau pour servir à l'administration de ces bains, suivant les âges; 3° troisième mémoire sur l'emploi de l'iode, suivi d'un *Précis de l'art de formuler les préparations iodurées*; par M. Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris, 1829-1831, 3 parties, in-8. 8 fr.

LYONET. Recherches sur l'anatomie et les métamorphoses de différentes espèces d'insectes; par L.-L. Lyonet, publiées par M. W. de Haan, conservateur du Muséum d'Histoire Naturelle de Leyde. Paris, 1832, 2 vol. in-4, accompagnés de 54 planches gravées. 40 fr.

MAGENDIE. Phénomènes physiques de la vie, Leçons professées au collége de France, par M. Magendie, membre de l'Institut, professeur au collége de France, médecin de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1842, 4 vol. in-8. 14 fr.

MAILLOT. Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique; par F. C. Maillot, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bone. Paris, 1836, in-8. 6 fr. 50.

MALGAIGNE. Traité des fractures et des luxations, par J.-F. Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1847-1852. Tome Ier des *fractures*, 1 vol. in-8 et atlas de 16 planches, in-folio. 26 fr. 50

Le tome II, *Traité des luxations*, est sous presse pour paraître en 1853.

Au milieu de tant de travaux éminents sur plusieurs points de la chirurgie, il y avait lieu de s'étonner que les fractures et les luxations n'eussent pas fixé l'attention des chirurgiens; il y avait pourtant urgence de sortir du cadre étroit des traités généraux : tel est le but du nouvel ouvrage de M. Malgaigne, et son livre présente ce caractère, qu'au point de vue historique il a cherché à présenter l'ensemble de toutes les doctrines, de toutes les idées, depuis l'origine de l'art jusqu'à nos jours, en recourant autant qu'il l'a pu aux sources originales. Au point de vue dogmatique, il n'a rien affirmé qui ne fût appuyé par des faits, soit de sa propre expérience, soit de l'expérience des autres. Là où l'observation clinique faisait défaut, il a cherché à y suppléer par des expériences, soit sur le cadavre de l'homme, soit sur les animaux vivants; mais par-dessus tout, il a tenu à jeter sur une foule de questions controversées le jour décisif de l'anatomie pathologique, et c'est là l'objet de son last ouvrage.

MALGAIGNE. Traité d'Anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale, par J.-F. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris, 1838, 2 vol. in-8. 14 fr.

MALGAIGNE. Etudes sur l'anatomie et la physiologie d'Homère; par J.-F. Malgaigne, Paris, 1842, in-8. 1 fr. 50

MALLE. Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, par le docteur P. Malle, professeur de cet hôpital, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1838, 1 vol. in-8 de 750 pages. 8 fr.

MANEC. Anatomie analytique, Tableau représentant l'axe cérébro-spinal chez l'homme, avec l'origine et les premières divisions des nerfs qui en partent; par M. Manec, chirurgien des hôpitaux de Paris. Une feuille très grand in-folio. 4 fr. 50.

MANDL ET EHRENBERG. Traité pratique du microscope et de son emploi dans l'étude des corps organisés, par le docteur L. Mandl, suivi de Recherches sur l'organisation des animaux infusoires, par C. G. Ehrenberg, professeur à l'université de Berlin. Paris, 1839, in-8, avec 14 planches. 8 fr.

MANDL. Manuel d'anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la pathologie, par le docteur L. Mandl. Paris, 1843, in-8, avec 5 planches gravées. 8 fr.

Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique, pour les écoles de médecine.

MANDL. Anatomie microscopique, par le docteur L. Mandl, professeur de microscopie. Paris, 1838-1852. Cet ouvrage formera 2 vol. in-folio.

Le tome Ier, comprenant l'Histologie, est divisé en deux séries : *Tissus et*

organes. — *Liquides organiques*. Il a été publié en XXVI livraisons, composées chacune de 5 feuilles de texte et 2 planches lithographiées, in-folio.

Les XXVI livraisons du tome Ier comprennent : Pasmière série : 1° *Muscles* ; 2° et 3° *Nerfs* et *Cerveau* ; 4° et 5° *Appendices tégumentaires* ; 6° *Terminaisons des nerfs* ; 7° *Cartilages*, *Os et Dents* ; 8° *Tissus cellulaire et adipeux* ; 9° *Tissus séreux*, *fibreux et élastiques*. 10° *Épiderme* et *Épithelium*. 11° *Glandes* ; 12° *Vaisseaux sanguins* ; 13° *Vaisseaux lymphatiques* ; 14° *Structure du foie et des glandes vasculaires* ; 15° *Structure du poumon* ; 16° *Structure des organes urinaires* ; 17° *Structure des organes de la génération* ; 18° *Structure de la peau* ; 19° *Membrane muqueuse et Structure de la peau* ; 20° et 21° *Organes des sens*. Deuxième série. 1° *Sang* ; 2° *Pus et Mucus*. 3° *Lait et Urine* ; 4° et 5° *le Sperme*. Prix de chaque livraison. 6 fr.

Le tome IIe, comprenant l'Histogénie sera publié en XX livraisons. — Cinq livraisons sont publiées. Prix de chaque. 6 fr.

MARC. De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, par C.-C.-H. Marc, médecin du Roi, médecin assermenté près les tribunaux, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris 1840, 2 vol. in-8. 15 fr.

Tout le monde connaît l'extrême importance des questions médico-légales que les lésions de l'entendement font naître chaque jour dans les affaires criminelles et civiles, et auxquelles se rattachent souvent la vie, l'honneur et la fortune des citoyens. C'est dans le but de jeter de la lumière sur ces questions et de soumettre aux médecins et aux magistrats le fruit de sa longue expérience, que M. Marc a publié cet ouvrage, et dont les chapitres comprennent : I. Idée la compétence médicale dans les questions judiciaires relatives à la folie ; II. de la liberté morale ; III. des hallucinations et des illusions ; IV. des formes diverses de l'aliénation mentale ; V. des moyens de constater la réalité de l'aliénation mentale ; VI. de l'idiotie et de l'imbécillité ; VII. de l'analogie légale entre l'imbécillité et la demi-minorité ; VIII. de la manie ; IX. de la monomanie homicide ; X. de la monomanie suicide ; XI de la monomanie erotique, de la fureur génitale ; XII. de la monomanie religieuse et de la démonomanie ; XIII. de la monomanie du vol ; XIV. de la monomanie incendiaire ; XV. de la monomanie transmise par imitation ; XVI. de la démence ; XVII. de la folie transitoire ou passagère : XVIII. des principales applications de la doctrine de la folie à la jurisprudence civile.

MARTIN-ST-ANGE. Mémoires sur l'organisation des Cirrhipèdes et sur leurs rapports naturels avec les animaux articulés ; par G.-J. Martin-St.-Ange, D. M. P. Paris, 1835, in-8, avec planches. 3 fr. 50

MASSE. Petit atlas complet d'anatomie descriptive du corps humain, par le docteur J.-N. Masse, professeur d'anatomie. Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique. *Quatrième édit*, contenant 112 planches, dont 10 nouvelles et un texte explicatif en regard. Toutes les planches sont dessinées d'après nature, et grav. sur acier. Paris, 1848. — Un vol. in-12, cart. à l'angl., lig. noires. 20 fr.
— Le même ouvrage. Prix, figures coloriées. 36 fr.

L'auteur, en composant cet ouvrage, a pensé qu'un *Atlas d'anatomie* trop volumineux servait peu les besoins des praticiens et bien moins encore ceux des élèves. Ceux-ci, tout qu'ils fréquentent les écoles, se trouvent à la source de la véritable anatomie, celle qui s'apprend à l'aide du scalpel et sur le cadavre : des figures d'anatomie doivent donc avoir uniquement pour objet de les aider dans leurs dissections, et pour le praticien elles sont l'ouvrage de lui représenter à la mémoire les diverses parties de la région sur laquelle il doit agir.

Cet atlas peut servir de complément à tous les traités d'anatomie. Les 112 planches qui le composent sont ainsi divisées :

1° Ostéologie	12	5° Splanchnologie	15
2° Syndesmologie	8	6° Angéiologie	28
3° Myologie	18	7° Névrologie	27
4° Aponévrologie	4		

MATHIEU. Études cliniques sur les maladies des femmes, appliquées aux affections nerveuses et utérines, et précédées d'essais philosophiques et anthropologiques sur la physiologie et la pathologie ; par le docteur E. Mathieu. Paris, 1848, in-8 de 834 pages. 8 fr.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties : 1° Histoire physiologique et pathologique de l'appareil générateur ; 2° De l'appareil nerveux ; 3° Histoire physiologique et philosophique de la femme ; 4° Histoire pathologique de la femme.

MATHIEU. De la parole et du bégaiement, contenant des conseils utiles à tous les hommes pour perfectionner la faculté de parler, l'analyse du rhythme de la parole, puissant régulateur que personne n'avait encore expliqué, et une méthode infaillible pour la cure radicale du bégaiement. Paris, 1847, in-8. 2 fr. 50

MAYER. Des rapports conjugaux, considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique, par le docteur Al. Mayer, membre de plusieurs sociétés savantes. 2e édit., revue et augmentée. Paris, 1851. In-8. 4 fr.

MÉLIER. Des marais salants, rapport à l'Académie de médecine, par le docteur F. Mélier, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1847, in-4 de 100 pages avec 4 planches gravées. 5 fr.

Cet ouvrage embrasse la question suivante : *Les marais salants sont-ils ou ne sont-ils pas insalubres ? quel point peut-on avec danger et avec avantage pour la santé publique en rapprocher : [illegible]*

MÉLIER. De la santé des ouvriers employés dans les manufactures de Paris, 1845, in-8.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. T. I, Paris, 1828 — T. II. Paris, 1832. — T. III, Paris, 1833. — T. IV. 1835. — T. V, 1836. — T. VI, 1837. — T. VII, 1838, — T. VIII, 1840. — T. IX, 1841. — T. X, 1843. — T. XI, 1845. — T. XII, 1846. — Tome XIII, 1848. — Tome XIV, 1849. — Tome XV, 1850. — Tome XVI, 1852, 16 forts vol. in-4, avec planches. Prix de la collection complète des 16 *volumes pris ensemble*, au lieu de 320 fr. réduit à : 180 fr.

Le prix de chaque volume pris séparément est de : 20 fr.

Cette nouvelle Collection peut être considérée comme la suite et le complément des *Mémoires de la Société royale de médecine et de l'Académie royale de chirurgie*. Ces deux sociétés célèbres sont représentées dans la nouvelle Académie par ce que la science a de médecins et de chirurgiens plus distingués soit à Paris, dans les départements ou à l'étranger. Par cette publication, l'Académie vient de répondre à l'attente de tous les médecins jaloux de suivre les progrès de la science.

Le Ier volume se compose des articles suivants: Ordonnances et Règlements de l'Académie, mémoires de MM. *Pariset, Double, Itard, Esquirol, Villermé, Léveillé, Larrey, Dupuytren, Dugès, Vauquelin, Langier, Firey, Chomel, Orfila, Boulay, Lemaire.*

Le tome II contient des mémoires de MM. *Pariset, Broschet, Lisfranc, Ricord, Itard, Bouvier, Duval, Rochoux, P. Dubois, Dubois* (d'Amiens), *Melier, Harvez de Chégoin, Prion, Toulmouche.*

Le tome III contient des mémoires de MM. *Broschet, Pariset, Marc, Velpeau, Planche, Prunet, Cruveilhier, Lisfranc, Bonastre, Cullerier, Souberan, Paul Dubois, Reveillé-Parise, Roux, Chomel, Dugès, Dizé, Henry, Villeneuve Dupuy, Fodéré, Ollivier, André, Geyrand, Samson, Fleury.*

Le tome IV contient des mémoires de MM. *Pariset, Bourgeois, Hamont, Girard, Mirault, Lauth, Bayma, Salmade, Roux, Lepelletier, Pravaz, Ségalas, Civiale, Boulay, Bourdois Delamotte, Rayer, Sitey, Larrey, P. Dubois, Kampfen, Blanchard.*

Le tome V contient des mémoires de MM. *Pariset, Girardin, Goyrand, Pinel, Edoudron, Hervez, Jaumes, Stoltz, Martin-Solon, Malgaigne, Henri, Boutron Charlard, Leroy* (d'Etiolles), *Broschet, Itard, Dubois d'Amiens, Bousquet*, etc.

Le tome VI contient : Rapport sur les épidémies qui ont régné en France de 1830 à 1836, par M. Pierry, Mémoire sur la Phthisie laryngée, par MM. *Trousseau* et *Belloc*; Influence de l'Anatomie pathologique sur le progrès de la médecine, par *Bisseno d'Amador*; Mémoire sur le même sujet, par *C. Sauvegrain*; Recherches sur le Sagou, par M. *Planche*; De la Morve et du Farcin chez l'homme, par M. *P. Rayer.*

Le tome VII contient : Eloges de Scarpa et Desgenettes, par M. *Pariset*, des mémoires par MM. *Hamont, Mérat, Pierry, Gaultier de Claubry, Montault, Bouvier, Malgaigne, Dupuy, Duval, Gaultier Saint-Marie, Lauret, Mirault, Malle, Proriep*, etc.

Le tome VIII contient : Eloge de Laennec, par M. *Pariset*; Eloge de Itard, par M. *Bousquet*; des Mémoires de MM. *Prus, Thortenson, Souberbielle, Cornuel, Baillarger, J. Pelletan, J. Sédillot, Lenoir, Jobert.*

Le tome IX contient : Eloge de Teissier, par M. *Pariset*, des Memoires de MM. *Brichetau, Bégin, Orfila, Jobert, A. Colson, Deguise, Gaetani-Bey, Brierre de Boismont, Cerise, Raciborski, Lauret, Foville, Aubert, Gaultier.*

Le Tome X contient : Eloge de Huzard, Marc et Ladebert, par M. *Pariset*, des Mémoires, par MM. *Gros, Martin, Robert, Bégin, Poilroux, Royer-Collard, Mélier, A. Devergie, Rufz, Foville, Parrot, Rotins, Gibert, Hamont, R. Prus*, etc.

Le tome XI contient : Eloge de M. Double, par *M. Bousquet*; Eloge de MM. Bourdois de la Motte et Esquirol, par *M. Pariset*; — Mémoires de *MM. Dubois* (d'Amiens), *Ségalas, Prus, Valleix, Gintrac, Ch. Barras, Brierre de Boismont, Payan, Delafond, H. Larrey.*

Le tome XII contient: Eloge de Larrey, par M. *Pariset*; Eloge de Chervin, par M. *Dubois* (d'Amiens); Mémoires par MM. *De Castelnau* et *Ducrest, Bally, Michea, Baillarger, Jobert de Lamballe, Koraudron, H. Larrey, Jouet, Mélier*, etc.

Le Tome XIII contient : les Eloges de Jenner, par M. Bousquet; de Pariset, par M. Fr. Dubois (d'Amiens); des Mémoires de MM. *Malgaigne, Fauconneau-Dufresne, A. Robert, J. Roux, Fleury, Brierre de Boismont, Trousseau, Mélier, Baillarger.*

Le tome XIV contient l'Eloge de Broussais, par Fr. Dubois; des Mémoires de MM. Gaultier de Claubry, Bally, Royer-Collard, Murville, Joret, Arnal, Huguier, Lebert, etc.

Le tome XV (1850) contient l'Eloge d'Antoine Dubois, par Fr. Dubois; des Mémoires de MM. Gaultier de Claubry, Patissier, Guisard, Second, Piedvache, See, Huguier.

Le tome XVI (1852) contient : Histoire de l'Académie de chirurgie, par M. Dubois d'Amiens; Éloge de Richerand, par *le même*; — Rapport sur les prix, par M. Gibert; — Rapport sur les Epidémies, par M. Gaultier de Claubry; — du Diabète sucré ou glucosurie, par M. Bouchardat; — de la Desarticulation coxo-fémorale, par M. Henot; — de l'Adénite cervicale et des tumeurs ganglionnaires du cou, par M. H. Larrey; — des Kystes synoviaux de la main et du poignet, par M. Gosselin; — de la Nécessité d'extraire les corps étrangers et les esquilles dans les plaies par armes à feu, par M. Hutin; — Anatomie pathologique du Cancer, par M. Broca.

MERAT. Du Tænia, ou Ver solitaire, et de sa cure radicale par l'écorce de racine de grenadier, précédé de la description du Tænia et du Botriocéphale; avec l'indication des anciens traitements employés contre ces vers, par F.-V. Mérat, D. M. P., membre de l'Académie de Médecine. Paris, 1832, in-8. 5 fr.

MERAT. Manuel des eaux minérales du Mont-d'or. Paris, 1838, in-18. 1 fr. 25

MÉRAT et DELENS. Dictionnaire de matière médicale. *Voyez* p. 17.

MILCENT. De la scrofule, de ses formes, des affections diverses qui la caractérisent, de ses causes, de sa nature et de son traitement, par le docteur A. Milcent, ancien interne des hôpitaux civils. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

MILLON. Eléments de chimie organique, comprenant les applications de cette science à la physiologie animale, par le docteur E. Millon, professeur de chimie à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce. Paris, 1845 — 1848, 2 forts volumes in-8. 15 fr.

Le deuxième volume séparément. 7 fr. 50

MILLON. Recherches chimiques sur le mercure et sur les constitutions salines; Paris, 1846, in-8. 2 fr. 50

MILLON. Annuaire de chimie. *Voyez* p. 4.

MONFALCON et POLINIÈRE. TRAITÉ DE LA SALUBRITÉ DANS LES GRANDES VILLES; par MM. les docteurs J.-B. MONFALCON et DE POLINIÈRE, médecins des hôpitaux, membres du conseil de salubrité du Rhône, etc.; Paris, 1846, in-8 de 560 p. 7 fr. 50

Cet ouvrage, qui embrasse toutes les questions qui se rattachent à la santé publique, est destiné aux médecins, aux membres des conseils de salubrité, aux préfets, aux maires, aux membres des conseils généraux, etc. Il est ainsi divisé :

Chapitre I. Histoire de la salubrité chez les peuples anciens et modernes, conditions dans lesquelles se trouvent les grandes villes; intérêts opposés de l'industrie, de la salubrité et de la propriété, etc. — Chapitre II. Des lieux qui servent d'habitation à l'homme. — Chapitre III. Des maisons, de leur construction, hauteur, contenance, orientation, aménagement intérieur, caves, rez-de-chaussée, ventilation, capacité des appartements, chambre à coucher, cuisine, latrines, chauffage, éclairage, etc. — Chapitre IV. Des rues et des places publiques, pavage, égouts, voirie, latrines publiques, etc. — Chapitre V. Des édifices destinés à recevoir une population agglomérée : ateliers et fabriques, collèges, prisons, hôpitaux, casernes, églises, théâtres, etc. — Chapitre VI. Des établissements et des lieux à émanations incommodes, dangereuses et insalubres. — Chapitre VII. De quelques foyers spéciaux d'infection, cimetières, inhumations précipitées, morts apparentes, équarrissage, abattoirs, etc. — Chapitre VIII. Des établissements à émanations incommodes, insalubres et dangereuses. — Chapitre IX. De la police des aliments et des boissons. — Chapitre X. De la salubrité des médicaments. — Chapitre XI. Législations relatives aux manufactures et aux ateliers insalubres et incommodes.

MONFALCON et TERME. HISTOIRE DES ENFANTS TRouvés, par MM. TERME, président de l'administration des hôpitaux de Lyon, membre de la chambre des députés, etc., et J.-B. MONFALCON, membre du conseil de salubrité, etc. Paris, 1840, 1 vol. in-8. 7 fr.

MOQUIN-TANDON. ÉLÉMENTS DE TÉRATOLOGIE VÉGÉTALE, ou Histoire des Anomalies de l'organisation dans les végétaux. Paris, 1841, in-8. 6 fr. 50

MOQUIN-TANDON. MONOGRAPHIE DE LA FAMILLE DES HIRUDINÉES, par M. MOQUIN-TANDON; professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Toulouse. *Deuxième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1846, in-8 de 450 pages, avec atlas de 14 planches gravées et coloriées. 15 fr.

Cet ouvrage intéresse tout à la fois les médecins, les pharmaciens et les naturalistes. Il est ainsi divisé : *Histoire*. Anatomie et physiologie des Hirudinées. — *Description des organes et des fonctions*, appareils cutané, locomoteur, sensitif, digestif, sécrétoire, circulatoire, respiratoire, système reproducteur, symétrie des organes, durée de la vie et accroissement, habitations, stations. — *Emploi des sangsues en médecine*, pêche des sangsues, conservation des sangsues, multiplication des sangsues, maladies des sangsues, transport et commerce des sangsues, application et réapplication des sangsues. — *Description de la famille des genres et des espèces d'hirudinées*, hirudinées albionniennes, helliennes, sphoniennes, planériennes.

MOTTET. NOUVEL ESSAI D'UNE THÉRAPEUTIQUE INDIGÈNE, ou Études analytiques et comparatives de phytologie médicale indigène et de phytologie médicale exotique, par le docteur P. MOTTET. Paris, 1852, in-8 de 800 pages. 8 fr.

MULLER. MANUEL DE PHYSIOLOGIE, par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie de l'Université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand sur la dernière édition, avec des additions, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie nationale de médecine. *Deuxième édition, revue et annotée* par E. LITTRÉ, membre de l'Institut, de la Société de biologie, etc. Paris, 1851, 2 beaux vol. grand in-8, de chacun 800 pages, sur papier fin cavalier, accompagnés de 320 figures intercalées dans le texte. 20 fr.

Les additions importantes faites à cette édition par M. Littré, et dans lesquelles il expose et analyse les derniers travaux publiés en physiologie, feront rechercher particulièrement cette *deuxième édition*, qui devient *le seul livre de physiologie complet représentant bien l'état actuel de la science*.

MULLER. PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, ou recherches et expériences sur les diverses classes d'appareils nerveux, les mouvements, la voix, la parole, les sens et les facultés intellectuelles, par J. MULLER, traduit de l'allemand par A. J. L. JOURDAN, Paris, 1840, 2 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte, et 4 pl. 16 fr.

MULSANT. HISTOIRE NATURELLE DES COLÉOPTÈRES DE FRANCE.

— 1re partie, *Longicornes*. Lyon, 1840, in-8 de 304 pages avec 5 planches. 9 fr.
— 2e partie, *Lamellicornes*. Lyon, 1842, in-8 de 624 pages avec 5 pl. 18 fr.
— 3e partie, *Palpicornes*. Lyon, 1844, in-8 de 204 pages avec 1 pl. 6 fr. 50
— 4e partie, *Sulcicolles, sécuripalpes*. Lyon, 1846, in-8 de 280 pages avec 1 pl. et supplément. 10 fr.

MUNDE. HYDROTHÉRAPEUTIQUE, ou l'Art de prévenir et de guérir les maladies du corps humain sans le secours des médicaments, par le régime, l'eau, la sueur, l'air, l'exercice et un genre de vie rationnel; par le docteur Gh. MUNDE. Paris 1842. 1 vol. grand in-18. 4 fr. 50

MURE. DOCTRINE DE L'ÉCOLE DE RIO-JANEIRO et Pathogénésie brésilienne, contenant une exposition méthodique de l'homœopathie, la loi fondamentale du dynamisme vital, la théorie des doses et des maladies chroniques, les machines pharmaceutiques, l'algèbre symptomatologique, etc. Paris, 1849, in-12 de 400 pages, avec figures. 7 fr. 50

NAEGELÉ. DES PRINCIPAUX VICES DE CONFORMATION DU BASSIN, et spécialement du rétrécissement oblique par F.-CH. NAEGELÉ, professeur d'accouchement à l'Université de Heidelberg; trad. de l'allemand, avec des additions nombreuses par A.-C.

Danyau, professeur et chirurgien-adjoint de l'hospice de la Maternité. Paris, 1840, 1 vol. grand in-8, avec 16 planches. 8 fr.

NYSTEN. Dictionnaire des termes de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des Sciences accessoires et de l'Art vétérinaire, de P.-H. Nysten; revu successivement et considérablement augmenté en 1824, 1835, 1839 et 1841, par MM. Bricheteau, O. Henry et J. Briand; *neuvième édition* revue de nouveau par le docteur A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie de médecine, etc. Paris, 1845, in-8 de 860 pages à 2 colonnes, avec 107 figures intercalées dans le texte. 11 fr.

Les progrès incessants de la science rendaient nécessaires, pour cette *neuvième édition*, de nombreuses additions, une révision générale de l'ouvrage, et plus d'unité dans l'ensemble des mots connus aux théories nouvelles et aux faits nouveaux que les progrès de l'anatomie, de la physiologie, etc., ont créés. C'est M. le docteur Jourdan, connu par sa vaste érudition et par son savoir étendu dans la littérature médicale, nationale et étrangère, qui s'est chargé de cette tâche importante.

ŒUVRES D'ORIBASE, texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches; par les docteurs Bussemaker et Daremberg. Paris, 1851, tome Ier, in-8 de 700 pages. 12 fr.

Le tome II est *sous presse*.

OUDET. De l'accroissement continu des incisives chez les Rongeurs, et de leur reproduction, considérés sous le rapport de leur application à l'étude de l'anatomie comparative des dents; précédés de Recherches nouvelles sur l'origine et le développement des follicules dentaires, par le docteur J.-E. Oudet, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1850, in-8. 2 fr. 50

PALLAS. Réflexions sur l'intermittence considérée chez l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Paris, 1830, in-8. 3 fr.

PARCHAPPE. Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies, par M. Parchappe, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Rouen. Paris, 1836-1842, 2 parties in-8. 7 fr.

La 1re partie comprend : *Du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme*; la 2e partie : *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale.*

PARÉ. ŒUVRES COMPLÈTES D'AMBROISE PARÉ, revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes; ornées de 217 pl. et du portrait de l'auteur; accompagnées de notes historiques et critiques, et précédées d'une introduction sur l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident du VIe au XVIe siècle et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré, par J.-F. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris, 1840, 3 vol. grand in-8 à deux colonnes, avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte. *Ouvrage complet*, Prix : 36 fr.

A. Paré est avec raison considéré comme le père de la chirurgie française, et son autorité est chaque jour invoquée par nos grands maîtres; c'est donc rendre service aux amis de la bonne chirurgie, que de publier, dans un format commode, une nouvelle édition complète de cet important ouvrage. Indépendamment d'une appréciation historique de la chirurgie avant et après A. Paré, travail important qui a demandé de nombreuses recherches, M. Malgaigne s'est appliqué à collationner le texte sur les douze éditions qui ont été publiées, à faire disparaître une grande quantité de fautes introduites principalement par les éditeurs de Lyon, et à conserver dans toute sa pureté le style naïf de l'auteur, empreint d'une grande bonne foi. Nous avons reproduit dans le texte toutes les planches qu'il était important de conserver; nous ne doutons pas que cette belle édition ne trouve place dans la bibliothèque de tous les chirurgiens.

PARENT DUCHATELET. De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; ouvrage appuyé de documents statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, avec cartes et tableaux; par A.-J.-B. Parent Duchatelet, membre du Conseil de salubrité de la ville de Paris. *Deuxième édition revue, corrigée et augmentée, avec un beau portrait de l'auteur, gravé.* Paris, 1837. 2 vol. in-8. 16 fr.

« Pour composer ce livre, dit l'auteur, j'ai eu recours aux documents renfermés dans les archives de la préfecture de police. Il existe dans cette administration une division connue sous le nom de *Bureau des mœurs*; là se trouvent des registres et des papiers d'une haute importance. J'ai puisé largement à cette source précieuse, et je puis dire que c'est dans ce bureau que j'ai composé mon livre; j'en suis redevable à la bienveillance de MM. les préfets de police Delaveau, Debelleyme, Mangin, Girod (de l'Ain), Bourdeau, Vivien, Gisquet, etc.

« Il m'a fallu plusieurs années pour acheter dans le *Bureau des mœurs* le relevé, non seulement des écritures qu'on y tient et des registres qu'on y conserve, mais encore des *dossiers individuels*, tenus sur toutes ces femmes qui se trouvent à la tête des maisons de prostitution, et sur chacune des filles publiques que l'administration a pu soumettre à sa surveillance. »

PARISET. Histoire des membres de l'Académie royale de médecine, ou Recueil des Eloges lus dans les séances publiques, par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine, etc., *édition complète*, précédée de l'éloge de Pariset, publiée sous les auspices de l'Académie, par F. Dubois (d'Amiens), secré-

taire perpétuel de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1850, 2 beaux volumes in-12. 7 fr.

Cet ouvrage comprend : — Discours d'ouverture de l'Académie nationale de médecine, — Eloges de Corvisart — Cadet-de-Gassicourt, — Berthollet, — Pinel, — Beauchêne, — Bourru, — Perey, — Vauquelin, — G. Cuvier, — Portal, — Chaussier, — Dupuytren, — Scarpa, — Desgenettes, — Laennec, — Tessier, — Huzard, — Mare, — Ledibert, — Bourdois de la Motte, — Esquirol, — Larrey, — Chevreul, — Lerminier, — A. Dubois, — Alibert, — Robiquet, — Double, — Geoffroy Saint Hilaire, — Ollivier (d'Angers), — Breschet, — Lisfranc, — A. Paré, — Broussais, — Bichat.

PARISET. Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire, par E. Pariset. Paris, 1837, in-18. 3 fr. 50

PARISET. Éloge de Dupuytren. Paris, 1836, in-8, avec portrait. 1 fr. 50

PATIN (GUI). Lettres. Nouvelle édition augmentée de lettres inédites, précédée d'une notice biographique, accompagnée de remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires, par Réveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de méd. Paris, 1846, 3 vol. in-8, avec le *portrait* et le fac-simile de Gui Patin. 21 fr.

Les lettres de Gui Patin sont de ces livres qui ne vieillissent jamais ; et quand on les a lues, on en conçoit aussitôt la raison. Ces lettres sont, en effet, l'expression la plus pittoresque, la plus vraie, la plus énergique, non seulement de l'époque où elles ont été écrites, mais du cœur humain, des sentiments et des passions qui l'agitent. Tout à la fois savantes, érudites, spirituelles, profondes, enjouées, elles parlent de tout, mouvements des sciences, hommes et choses, passions sociales et individuelles, révolutions politiques, etc. C'est donc un livre qui s'adresse aux savants, aux médecins, aux érudits, aux gens de lettres, aux moralistes, etc.

PATISSIER. Traité des maladies des artisans et de celles qui résultent des diverses professions, d'après Ramazzini ; ouvrage dans lequel on indique les précautions que doivent prendre, sous le rapport de la salubrité publique et particulière, les administrateurs, manufacturiers, fabricants, chefs d'ateliers, artistes, et toutes les personnes qui exercent des professions insalubres ; par Ph. Patissier, membre de l'Académie nationale de Médecine, etc. Paris, 1822, in-8. 7 fr.

PATISSIER. Rapport sur le service médical des établissements thermaux en France, fait au nom d'une commission de l'Académie nationale de médecine, par le docteur Ph. Patissier, membre de l'Académie nationale de médecine. Paris, 1852, in-4 de 205 pages. 4 fr. 50

PELLETAN. Mémoire statistique sur la Pleuro-pneumonie aiguë, par J. Pelletan, médecin des hôpitaux civils de Paris. Paris, 1840, in-4. 5 fr.

PERCHERON. Bibliographie entomologique, comprenant l'indication par ordre alphabétique des matières et des noms d'auteurs : 1° des Ouvrages entomologiques publiés en France et à l'étranger depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours ; 2° des Monographies et Mémoires contenus dans les Recueils, Journaux et Collections académiques français et étrangers. Paris, 1837, 2 vol. in-8. 14 fr.

PERRÈVE. Traité des rétrécissements organiques de l'urètre. Emploi méthodique des dilatateurs mécaniques dans le traitement de ces maladies, par Victor Perrève, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève des hôpitaux. Ouvrage placé au premier rang pour le prix d'Argenteuil, sur le rapport d'une commission de l'Académie de médecine. Paris, 1847, 1 vol. in-8 de 340 pages ; accompagné de 3 pl. et de 32 figures intercalées dans le texte. 5 fr.

Résultat de nombreuses années de recherches et d'expériences ; déjà jugée et appréciée par la commission de l'Académie royale de médecine, cette méthode a été appliquée avec succès par plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris : elle a donc reçu la sanction de l'expérience ; et c'est avec confiance que l'auteur soumet son travail à tous les chirurgiens, persuadé qu'ils en tireront un grand avantage pour l'humanité.

PHARMACOPÉE DE LONDRES, publiée par ordre du gouvernement, *en latin et en français*. Paris, 1837, in-18. 3 fr.

PHILLIPS. De la ténotomie sous-cutanée, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds-bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du strabisme, de la myopie, du bégaiement, etc. ; par le docteur Ch. Phillips. Paris, 1841, in 8 de 420 pages avec 12 planches. 6 fr. 50

PIHEL. Physiologie de l'homme aliéné, appliquée à l'analyse de l'homme social, par Scip. Pinel, médecin de l'hospice de Bicêtre. Paris, 1833, in-8. 6 fr.

Cet ouvrage comprend : exposition du sujet considéré avec les doctrines philosophiques, — De l'intelligence et de son développement dans les animaux ; facultés propres à l'homme ; — Analyse de l'intelligence par ses désordres, — Conséquences de cette analyse pour la métaphysique. — Les infirmités humaines sont fécondes en leçons. — Causes physiques qui produisent les troubles intellectuels. — Nouvelle classification des désordres intellectuels. — Des fonctions humaines, leur division, leurs influences physiques, leurs conséquences morales. — Analyse des passions. — Analyse de la conscience. — Analyse de la morale. — Analyse de la morale évangélique. — Analyse de la politique.

PIORRY. TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE et de Pathologie iatrique ou médicale; Cours professé à la Faculté de médecine de Paris par P.-A. PIORRY, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. Paris, 1841-1851, 8 volumes in-8, avec *avec atlas de Plessimétrisme.* 64 fr.

Tome 1. Généralités ou Polygraphies.

T. 2 Monographies, 1, maladies du cœur, des gros vaisseaux, des artères, etc. (Cardiopathies, Angioleucopathies).

T. 3. Monographies, 2, altérations du sang (Anomohémies).

T. 4. Monographies, 3, maladies des conduits de l'air, des bronches, du poumon, etc. (Angiolropathies).

T. 5. Monographies, 4 maladies du tube digestif, des glandes salivaires, du foie (Angibromies, Stalade-ies, Hépathies).

T. 6. Monographies, 5, maladies de la rate, fièvres intermittentes, voies urinaires, des organes génitaux, etc. (Splénopathies, Angioropathies, Angiospermopathies, etc.).

T. 7. Monographies, 6, maladies de l'ovaire, de la matrice, du péritoine, du tissu cellulaire, maladies de la peau (Angiovies, Péritonies, Ethmoies, Dermopathies).

T. 8. Monographies, 7, maladies des yeux, des oreilles, du système nerveux, des nerfs, de l'encéphale, de la moëlle, des muscles, du tissu fibreux, des os, des articulations.

T. 9. Atlas de Plessimétrisme, avec table alphabétique des matières, 1851, in-8, séparément. 6 fr.

PIORRY. TRAITÉ DE DIAGNOSTIC ET DE SÉMÉIOLOGIE; par le professeur PIORRY. Paris, 1840, 3 vol. in-8. 21 fr.

PIORRY. DES HABITATIONS et de l'influence de leur disposition sur l'homme, en santé et en maladie. Paris, 1838, in-8. 3 fr. 50.

PLAIES D'ARMES A FEU (Des). Communications à l'Académie nationale de médecine, par MM. les docteurs Baudens, Roux, Malgaigne, Amussat, Blandin, Piorry, Velpeau, Huguier, Jobert (de Lamballe), Bégin, Rochoux, Devergie, etc. Paris, 1849, in-8 de 250 pages. 3 fr. 50.

PORTAL. OBSERVATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'HYDROPISIE, par A. PORTAL, membre de l'Institut, président de l'Académie de médecine. Paris, 1831, 2 vol. in-8. 11 fr.

PORTAL. OBSERVATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par A. PORTAL. Paris, 1827, 1 vol. in-8. 8 fr.

POUCHET. THÉORIE POSITIVE DE L'OVULATION SPONTANÉE et de la fécondation dans l'espèce humaine et les mammifères, basée sur l'observation de toute la série animale, par le docteur *F.-A. Pouchet*, professeur de zoologie au musée d'histoire naturelle de Rouen. *Ouvrage qui a obtenu le grand prix de physiologie à l'Institut de France.* Paris, 1847, 1 vol. in-8 de 500 pages, avec atlas, in-4° de 20 planches gravées et coloriées. 36 fr.

Dans son rapport à l'Académie, en 1845, la commission s'exprimait ainsi en résumant son opinion sur cet ouvrage : *Le travail de M. Pouchet se distingue par l'importance des résultats, par le soin scrupuleux de l'exactitude, par l'étendue des vues, par une méthode excellente.* Cette seule citation est un jugement concis et complet du livre que nous annonçons, et qui ne peut manquer d'être lu avec intérêt par tous les médecins ou les zoologistes studieux.

A l'égard de cette importante question, l'auteur a eu le courage de repasser tout au critérium de l'expérimentation ; et c'est après avoir successivement confronté les divers phénomènes qu'offre la série animale et après avoir en quelque sorte tout soumis à l'épreuve du scalpel et du microscope qu'il a formulé ses LOIS PHYSIOLOGIQUES FONDAMENTALES, au nombre de dix ; savoir :

Ire LOI. Il n'y a point d'exception pour l'espèce humaine et les mammifères.

IIe LOI. Dans tout le règne animal la fécondation se produit à l'aide d'œufs, qui préexistent à la fécondation.

IIIe LOI. Des obstacles multiples s'opposent à ce que, chez les mammifères, le fluide séminal puisse être mis en contact avec les ovules encore contenus dans les vésicules de De Graaf.

IVe LOI. La fécondation ne peut s'opérer que lorsque les ovules ont acquis un certain développement, et après leur détachement de l'ovaire.

Ve LOI. Dans toute la série animale, incontestablement l'ovaire émet ses ovules indépendamment de la fécondation.

VIe LOI. Dans tous les animaux les ovules sont émis à des époques déterminées et en rapport avec la surexcitation périodique des organes génitaux.

VIIe LOI. Dans l'espèce humaine et les mammifères la fécondation n'a jamais lieu que lorsque l'émission des ovules coïncide avec la présence du fluide séminal.

VIIIe LOI. La menstruation de la femme correspond aux phénomènes d'excitation qui se manifestent à l'époque des amours chez les divers êtres de la série zoologique, et spécialement sur les femelles des mammifères.

IXe LOI. La fécondation offre un rapport constant avec la menstruation; ainsi, sur l'espèce humaine, il est facile de préciser rigoureusement l'époque interlunaire où la conception est physiquement impossible, et celle où elle peut offrir quelque probabilité.

Xe LOI. Chez l'espèce humaine et les mammifères, l'œuf et le sperme se rencon-

trent normalement dans l'utérus, ou dans la région des trompes qui l'avoisine, et c'est là que s'opère la fécondation.

La *Théorie de l'ovulation spontanée* est accompagnée d'un très-bel atlas gravé et colorié avec le plus grand soin et renfermant près de deux cent cinquante figures qui toutes sont originales et dessinées d'après nature, par M. Pouchet.

POUCHET, Histoire des sciences naturelles au moyen age, ou Albert le Grand et son époque considérés comme point de départ de l'école expérimentale, par F.-A. Pouchet. Paris, 1853. 1 beau vol. in-8.

PRICHARD. Histoire naturelle de l'homme, comprenant des Recherches sur l'influence des agents physiques et moraux considérés comme cause des variétés qui distinguent entre elles les différentes Races humaines; par J.-C. Prichard, membre de la Société royale de Londres, correspondant de l'Institut de France, traduit de l'anglais, par F.-D. Roulin, sous-bibliothécaire de l'Institut. Paris, 1843, 2 vol. in-8 accompagnés de 40 pl. gr. et coloriées, et de 90 fig. intercalées dans le texte. 20 fr.

Cet ouvrage s'adresse non seulement aux savants, mais à toutes les personnes qui veulent étudier l'anthropologie. C'est dans ce but que l'auteur a indiqué avec soin en traits rapides et distincts, 1° tous les caractères physiques, c'est-à-dire les variétés de couleurs, de physionomie, de proportions corporelles, etc., des différentes races humaines; 2° les particularités morales et intellectuelles qui servent à distinguer ces races les unes des autres; 3° les causes de ces phénomènes de variété. Pour accomplir un aussi vaste plan, il fallait, comme le docteur J.-C. Prichard, être préparé par de longues et consciencieuses études, être initié à la connaissance des langues afin de consulter les relations des voyageurs, et de pouvoir décrire les différentes nations dispersées sur la surface du globe; car il fallait indiquer tout ce qu'on sait des rapports qu'elles ont entre elles; tout ce qu'ont pu faire découvrir relativement à leur origine, les recherches historiques et philologiques.

Le nom de M. Roulin est une garantie de l'élégance et de l'exactitude de la traduction.

RANG. Histoire naturelle des aplysiens, par M. Sander-Rang, membre de plusieurs Sociétés d'histoire naturelle. Paris, 1828 (ouvrage servant de *complément* à *l'Histoire naturelle des mollusques*, par Ferussac et Deshayes) 1 vol. grand in-4 accompagné de 25 planches figures noires. 10 fr.

— *Le même ouvrage*, édition in-4 avec 25 planches coloriées. 18 fr.

— *Le même ouvrage*, édition in-folio avec 25 planches coloriées. 30 fr.

Cette monographie a particulièrement pour but la connaissance de l'un des genres les plus riches et les plus intéressants de la classe des Mollusques. L'auteur établit d'abord les caractères de genre, et s'attache à en décrire toutes les espèces, dont plus de la moitié était encore inédite. M. S.-Rang fait connaître, touchant les mœurs, les habitudes et les propriétés de ces animaux, tout ce qu'il a eu occasion d'observer pendant les cours de plusieurs voyages sur mer; et afin de rendre son ouvrage complet, il a ajouté à ses propres observations tout ce que les auteurs anciens et modernes ont dit sur les Aplysies.

RANG et SOULEYET. Histoire naturelle des mollusques ptéropodes, par MM. Sander Rang et Souleyet, naturalistes voyageurs de la marine. Paris, 1852. Un vol. grand in-4, avec 15 planches coloriées. 25 fr.

— Le même ouvrage, 1 vol. in-folio cartonné. 40 fr.

Ce bel ouvrage traite une des questions les moins connues de l'Histoire des mollusques. Il avait été commencé par M. Sander Rang; une partie des planches avaient été dessinées et lithographiées sous sa direction; par ses études spéciales, M. Souleyet pouvait mieux que personne mener cet important travail à bonne fin.

RAPOU. De la fièvre typhoïde et de son traitement homœopathique, par le docteur A. Rapou, médecin à Lyon. Paris, 1851, in-8. 3 fr.

Rapport a l'académie nationale de médecine SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES, fait au nom d'une commission, par le docteur *Prus*, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion au sein de l'Académie. Paris, 1846, 1 vol. in-8 de 1050 pages. 10 fr.

Cet important ouvrage qui embrasse des questions d'un si haut intérêt pour la santé publique et ses relations commerciales, est divisé en trois parties, savoir : 1° Rapport à l'Académie sur la Peste et les quarantaines. 2° Pièces et Documents à l'appui du rapport. I. Note sur l'antiquité de la peste en Orient et particulièrement en Egypte, par le docteur *Durenberg*. — II. Lettre de M. le docteur *Witt*, médecin en chef de l'armée russe, sur la peste de Valachie et de Moldavie pendant les campagnes de 1828-1829. — III. Notice sur la même épidemie, par le docteur *Sledlitz*. — IV. Mémoire sur la peste en Algérie depuis 1552 jusqu'en 1849, par *Ad. Berbrugger*. — V. Mémoire sur la peste en Perse, par le docteur *Lachèze*. — VI. Correspondance officielle de M. *Ferd. de Lesseps*, consul de France à Alexandrie, adressée à M. le ministre des affaires étrangères pendant l'épidémie de peste. — VII. Mémoire sur la peste en Orient en 1840, par M. *Delaporte*. — VIII-XV. Réponses particulières de MM. les docteurs *Pruner*, *Seisson*, *Perron*, *Fischer*, *Duvigneau*, *Clot-Bey*, *Grassi*, *Laidlaw*, aux sept questions posées par le ministère anglais en 1839. — XVI. Mémoire sur la quarantaine de Jaffa depuis la nouvelle possession de la Syrie et de la Palestine par les Ottomans, par le docteur *C. Lasperanza*. — XVII-XXIV. Rapports particuliers adressés au conseil de santé du Caire sur la peste qui a régné en 1841, en Egypte, par MM. les docteurs *Grunet*, *Ibrahim*, *Koch*, *Musserano*, *Delong*, *Perron*, *Penny*, *Rossi*, *Mustapha-et-Bakki*, *Seisson*. — XXV-XXXI. Procès-verbaux de la commission de l'Académie, communications verbales de MM. *Lachèze*, *Aubert-Roche*, *Lagasque*, *Sœur du Perron*, *Morpurgo*, *de Nion*,

Cholet, Gaetani. — XXXII. Lettre de M. *Chevillon* sur le lazaret de Marseille. — XXXIII. Tableau général par ordre de temps et de lieux des épidémies de peste qui ont affligé le monde depuis trente et un siècles, par le docteur *Rossi*. — XXXIV. Tableau de la mortalité d'Alexandrie (Égypte), depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1845, avec l'indication distincte des décès dus à la peste, etc. 3o Discussion dans le sein de l'Académie. Cette savante discussion, qui occupe plus de 400 pages, contient les opinions de MM. Dubois (d'Amiens). — Rochoux. — Castel. — Hamont. — Gaultier de Claubry. — Prus. — Ferrus. — Poisseuille. — Desportes. — Londe. — Pariset. Bégin. — Piorry. — Bricheteau, etc.

Rapports et instructions de l'Académie royale de **Médecine sur le choléra-morbus**, suivis des conseils aux administrateurs, aux médecins et aux citoyens, *publiés par ordre du gouvernement*. Paris, 1831-32, 2 parties in-8. 4 fr.

Raspail. Nouveau système de physiologie végétale et de botanique, fondé sur les méthodes d'observation, développées dans le Nouveau système de chimie organique, par F.-V. Raspail, accompagné de 60 planches, contenant près de 1000 figures d'analyse, dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin. Paris, 1837. 2 forts vol. in-8, et atlas de 60 planches. 30 fr.

— Le même ouvrage, avec planches coloriées. 50 fr.

Raspail. Nouveau système de chimie organique, fondé sur de nouvelles méthodes d'observation; précédé d'un Traité complet sur l'art d'observer et de manipuler en grand et en petit dans le laboratoire et sur le porte-objet du microscope; par F.-V. Raspail. *Deuxième édition, entièrement refondue*, accompagnée d'un atlas in-4 de 20 planches contenant 400 figures dessinées d'après nature, gravées avec le plus grand soin. Paris, 1838, 3 forts vol. in-8, et atlas in-4. 30 fr.

Jusqu'à présent nous ne possédions pas de *Traité de chimie organique*. L'ouvrage que publie M. Raspail, fondé sur un ensemble d'expériences rigoureuses, est donc entièrement neuf; il est divisé en quatre parties principales.

La première est intitulée *Manipulation* ou *chimie expérimentale*. Elle est divisée en deux sections. La première traite des manipulations en grand, de celles dont la chimie organique emprunte les appareils à la chimie inorganique; la seconde est consacrée aux manipulations en petit, c'est-à dire à la méthode d'expérimentation au microscope que l'auteur a créée pour l'étude générale des corps organisés.

La deuxième partie, intitulée *chimie descriptive*, se divise en deux sections: l'une dans laquelle l'auteur expose les bases de la classification, et l'autre où il décrit chaque ordre de substances et en discute les caractères, les usages et la valeur. C'est là la partie principale de l'ouvrage; car elle en forme les deux tiers. La *chimie descriptive* est divisée en quatre groupes principaux, renfermant: 1° Les *substances organisées*; 2° Les *substances organisatrices*; 3° Les *substances organisantes*: 4° Les *substances organiques*.

Dans le groupe des organisées, les articles qui ont reçu les plus longs développements sont ceux de la *fécule*, la première des découvertes de l'auteur; de la *structure musculaire* et *nerveuse*, de *l'embryologie animale*, des *tissus parasites*, du *sang*, du *lait*, des *substances alimentaires*, etc. L'article de la *substance cérébrale* a été traité avec tous les développements que commandait l'essor nouveau qu'a pris la fabrication du sucre indigène. La topographie du sucre, son extraction, ses divers mélanges, sources de tant d'illusions, etc.

Ratier. Nouvelle médecine domestique, contenant: 1o Traité d'hygiène générale; 2o Traité des erreurs populaires; 3o Manuel des premiers secours dans les cas d'accidents pressants; 4o Traité de médecine pratique générale et spéciale; 5o Formulaire pour la préparation et l'administration des médicaments; 6o Vocabulaire des termes techniques de médecine, par le docteur F.-S. Ratier, membre de plusieurs sociétés savantes. Paris, 1825, 2 vol. in-8. 15 fr.

Ratier. Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne? par F.-S. Ratier, *Mémoire couronné par la Société de médecine de Bruxelles*. Paris, 1836, in-8. 1 fr. 25.

Rau. Nouvel organe de la médecine spécifique, ou Exposition de l'état actuel de la méthode Homœopathique, par le docteur J.-L. Rau, suivi de nouvelles expériences sur les doses dans la pratique de l'homœopathie, par le docteur G. Gauss. Traduit de l'allemand par D. R. Paris, 1845, in-8. 5 fr.

Rayer. De la Morve et du Farcin chez l'homme, par P. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1837, in-4, figures coloriées. 6 fr.

Rayer. Traité théorique et pratique des maladies de la peau; par P. Rayer, *deuxième édition entièrement refondue*. Paris, 1835, 3 forts vol. in-8, accompagnés d'un bel atlas de 26 planches grand in-4, gravées et coloriées avec le plus grand soin, représentant, en 400 figures, les différentes maladies de la peau et leurs variétés. Prix du texte seul, 3 vol. in-8. 23 fr.

Prix de l'atlas seul, avec explication raisonnée, grand in-4 cartonné. 70 fr.

Prix de l'ouvrage complet, 3 vol. in-8 et atlas in-4, cartonné. 88 fr.

Cette seconde édition du *Traité des maladies de la peau* a subi de telles améliorations et a reçu des additions si nombreuses et si importantes, que c'est en réalité un nouvel ouvrage. Le passage suivant extrait de l'ouvrage est propre à donner une idée de l'esprit dans lequel il a été composé: « L'observation de chaque jour rend de plus en plus frappante cette vérité, que l'étude des maladies de la peau ne peut être séparée de la pathologie générale et de celle des autres affections morbides avec lesquelles elles ont des rapports nombreux et variés. En effet la connaissance de ces maladies embrasse celle des infections générales, des vices héréditaires, des effets du régime, etc.: elle comprend celle des maladies qui les ont précédées, des lésions internes qui les accompagnent, l'appréciation des modifications organiques qui succèdent à certaines éruptions, la prévision des maladies qui peuvent survenir après leur disparition, etc.; mais pour que ces vues générales acquièrent une utilité pratique, qu'elles puissent être appliquées avec fruit au traitement des affections cutanées, l'étendue de ces rapports

[illegible] en faciliter le diagnostic; et leurs diverses formes [illegible] perfection qu'on n'avait pas encore atteinte.

RAYER. Traité des maladies des reins, et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urètre, etc.; par P. Rayer, [illegible] de l'hôpital de la Charité, membre de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1839-1841, 3 forts vol. in-8.

Le bel atlas pour cet ouvrage est composé à l'[illegible] la vessie, de la prostate, des uretères, de l'urètre, etc., [illegible] contenant chacune 5 planches grand in-folio, gravées et [illegible] d'après nature, avec un texte descriptif. Ce bel ouvrage [illegible] de 60 planches grand in-folio. Prix :

Ce bel ouvrage est [illegible]

1. — Néphrite simple, Néphrite [illegible], Néphrite par [illegible]. — Pl. [illegible]
2. — Néphrite albumineuse [illegible]. — Pl. 6, 7, 8, 9, 10.
3. — Pyélite [illegible] du bassinet et des [illegible]. — Pl. 11, 12, 13, 14, 15.
4. — Pyélo-Néphrite, Péri-Néphrite, [illegible]. — Pl. 16, 17, 18, 19, 20.
5. — Hydronéphrose, Kyste [illegible]. — Pl. [illegible] 21, 22, 23.
6. — Kystes séreux, Kystes [illegible], [illegible]. — Pl. 26, 27, 28, 29, 30.

7. — [illegible]
8. — [illegible]
9. — [illegible]
10. — [illegible]
11. — [illegible]
12. — [illegible]

RENOUARD (P. V.). Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au XIXe siècle, par le docteur P. V. Renouard, [illegible] Paris, 1846. 2 vol. in-8.

L'auteur, en composant cet ouvrage, a voulu [illegible] qui dominé depuis l'origine de la médecine, [illegible] principe dont l'évidence frappe [illegible] utilité est incontestable. Il a pensé qu'en [illegible] tique n'est pas de la [illegible] divisée en huit périodes qui comprennent : I. [illegible] avant J.-C.; II. Période [illegible] avant J.-C.; III. Période [illegible] J.-C.; IV. Période [illegible] finissant à l'invasion de la bibliothèque d'Alexandrie [illegible] des lettres en Europe, l'an 1453. VII. Période [illegible] FORNARIS, comprenant les XVIIe et XVIIIe siècles.

RÉVEILLÉ-PARISE. Traité de la vieillesse, hygiénique, médicale et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les moins expérimentés [illegible] prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence; par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, [illegible] 1 vol. in-8 de 500 pages.

[illegible]

RÉVEILLÉ-PARISE. Physiologie et hygiène des hommes [illegible] l'esprit, ou recherches sur le physique et le moral, les [illegible] le régime des gens de lettres, artistes, savants, hommes d'État, [illegible] administrateurs, etc., par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, [illegible] démie nationale de médecine, etc. Quatrième édition, revue et augmentée. Paris, 1843, 2 vol. in-8.

RÉVEILLÉ-PARISE. Études sur l'homme [illegible] le docteur J.-H. Réveillé-Parise. [illegible]

Nous ne pouvons mieux [illegible] titres des principaux sujets traités : 1° [illegible] caractères. 3° Principes généraux et [illegible] maladies signés. 4° De l'imagination [illegible] ploi des feuilles de plomb dans les pansements des plaies et [illegible] 6° Les deux médecines : la science, la profession. [illegible] une nouvelle méthode de hâter la guérison des plaies [illegible] cause organique du tempérament [illegible] science de l'homme. 12° Galerie [illegible] Motte, Portal, Dupuytren, Alibert, [illegible] Chervin.

RÉVEILLÉ-PARISE. Gens [illegible]

ches sur les meilleures méthodes de traitements curatives et préservatrices des maladies dont ils sont atteints; par le docteur Réveillé-Parise. *Troisième édition.* Paris, 1847, in-8. 5 fr.

REYBARD. Mémoires sur le traitement des anus artificiels, des plaies des intestins et des plaies pénétrantes de poitrine. Paris, 1827, in-8 avec 3 pl. 4 fr. 50

REYBARD. Procédé nouveau pour guérir par l'incision les rétrécissements du canal de l'urètre. Paris, 1833, in-8, fig. 3 fr.

RICORD. Traité pratique des maladies vénériennes, ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies, suivies d'un résumé thérapeutique et d'un formulaire spécial, par Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1838, in-8. 9 fr.

ROBIN et VERDEIL. Traité de chimie anatomique et physiologique ou des Principes immédiats du corps de l'homme et des mammifères à l'état normal et à l'état pathologique, par MM. Ch. Robin, professeur d'anatomie générale et de microscopie, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Verdeil, professeur de chimie. Paris, 1853, 3 vol. in-8, avec atlas de 45 planches gravées. 36 fr.

ROBIN. Du microscope et des injections dans leurs applications à l'anatomie et à la pathologie, suivi d'une Classification des sciences fondamentales, de celle de la biologie et de l'anatomie en particulier, par le docteur Ch. Robin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vice-président de la Société de biologie, membre de la Société philomatique, etc. Paris, 1849, 1 vol. in-8 de 450 pages, avec 23 figures intercalées dans le texte et 4 planches gravées. 7 fr.

ROBIN. Tableaux d'anatomie comprenant l'exposé de toutes les parties à étudier dans l'organisme de l'homme et dans celui des animaux, par le docteur Ch. Robin. Paris, 1851, in-4, 10 tableaux. 8 fr. 50

— Le même, in-4, cartonné. 4 fr. 50

ROBIN. Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants, par le docteur Ch. Robin. *Deuxième édition* considérablement augmentée. Paris, 1853, grand in-8, avec 12 planches gravées.

ROCHE, SANSON et LENOIR. Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, ou Traité théorique et pratique de Médecine et de Chirurgie; par L. Ch. Roche, membre de l'Académie de Médecine, J.-L. Sanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, A. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur agrégé de la Faculté de Médecine. *Quatrième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1844, 5 vol. in-8, de 700 pages chacun. 36 fr.

Ouvrage adopté comme classique pour l'enseignement dans les écoles de médecine, et par le ministre de la guerre pour les élèves des hôpitaux militaires d'instruction. Dans cette *quatrième édition*, M. Roche, pour la *partie médicale*, et M. Lenoir, pour la *partie chirurgicale*, ont revu l'ensemble de l'ouvrage dans lequel beaucoup de chapitres ont été refaits en entier, et nous pouvons ajouter qu'il n'est aucune partie qui n'ait reçu d'eux d'importantes corrections et de notables additions.

ROESCH. De l'abus des boissons spiritueuses, considéré sous le point de vue de la police médicale et de la médecine légale. Paris, 1839, in-8. 3 fr. 50

RUFZ. Recherches sur les empoisonnements pratiqués par les nègres à la Martinique, par le docteur Rufz, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin à la Martinique. Paris, 1844, in-8 de 156 pages. 3 fr.

SABATIER. Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris, depuis son origine jusqu'à nos jours, par J.-C. Sabatier, D. M. P., membre de plusieurs Sociétés savantes. Paris, 1837, in-8. 5 fr.

SAINTE-MARIE. Lectures relatives à la police médicale, faites au conseil de salubrité de Lyon; par Et. Sainte-Marie, D. M., membre du conseil de salubrité et de la commission de statistique, précédées du *Précis élémentaire* ou *Introduction à la police médicale*. Paris, 1829, in-8. 5 fr.

SAINTE-MARIE. De l'huître et de son usage comme aliment et comme remède. Lyon, 1825, in-8. 1 fr. 25.

SAINTE-MARIE. Dissertation sur les médecins poëtes. Paris, 1835, in-8. 2 fr.

SAINT-MARTIN. Monographie sur la rage; ouvrage couronné par le Cercle médical de Paris; par A.-F.-C. de Saint-Martin, docteur en Médecine de la Faculté de Paris, etc. Paris, 1826, in-8. 6 fr.

SALVERTE. Des Sciences occultes, ou Essai sur la magie, les prodiges et les miracles; par Eusèbe Salverte. *Deuxième édition.* Paris, 1843, 1 vol. grand in-8. de 550 pages. 7 fr. 50.

SANSON. Des hémorrhagies traumatiques; par L.-J. Sanson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital de la Pitié, etc. Paris, 1836, in-8, figures coloriées. 6 fr.

SANSON. De la réunion immédiate des plaies, de ses avantages et de ses inconvénients; par L.-J. Sanson. Paris, 1834, in-8. 3 fr.

SCARPA. Traité des maladies des yeux, par A. Scarpa, directeur de l'École de médecine de Pavie. Traduit de l'italien, et augmenté de notes par les docteurs J.-B. Bousquet et N. Bellangé. Paris, 1821, 2 vol. in-8, avec 4 planches. 7 fr.

SCOUTETTEN. De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie, par H. Scoutetten, chirurgien en chef de l'hôpital de Strasbourg, etc. Paris, 1843, 1 vol. in-8 de 624 pag. 7 fr. 50.

SCOUTETTEN. Mémoire sur la cure radicale des pieds-bots, par H. Scoutetten, Paris, 1838, in-8, avec six planches. 3 fr.

SÉDILLOT. De l'infection purulente, ou Pyoémie, par le docteur Ch. Sédillot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, etc. Paris, 1849, 1 vol. in-8, avec 3 planches coloriées. 7 fr. 50.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties: *Dans la première partie* l'auteur rapporte et discute les documents qui existent dans la science sur les phénomènes de l'infection purulente. *La deuxième partie* est consacrée aux expériences entreprises sur les animaux dans le but de constater les effets de l'introduction du pus dans le sang, où l'on voit que les injections de liquides chargés de globules purulents déterminent les symptômes et les altérations anatomo-pathologiques observés sur l'homme atteint d'infection purulente. *La troisième partie* renferme une série d'observations cliniques propres à élucider l'histoire de la Pyoémie sous les divers aspects pathologiques. *La quatrième partie* est consacrée à l'exposition synthétique des résultats partiels signalés dans les parties précédentes.

SEGOND. Histoire et systématisation générale de la Biologie, principalement destinée à servir d'introduction aux études médicales, par le docteur L.-A. Segond, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1851. In-12 de 200 pages. 2 fr. 50

SEGOND. De l'action comparative du régime animal et du régime végétal; sur la constitution physique et sur le moral de l'homme, par le docteur L.-A. Segond. Paris, 1850. In-4. 2 fr. 50

SÉGUIN. Traitement moral, hygiène et éducation des idiots, et autres enfants arriérés ou retardés dans leurs développements, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non-sourds, bègues, etc.; par *Ed. Séguin*, ex-instituteur des enfants idiots de l'hospice de Bicêtre, etc. Paris, 1846, 1 vol. in-12 de 750 pag. 6 fr.

Les longues études que M. Séguin a faites de la classe infortunée des idiots lui ont valu les encouragements et les éloges de l'Académie des sciences, et c'est à la suite d'un rapport à l'administration des hôpitaux qu'il a été chargé d'appliquer sa méthode à l'éducation des jeunes idiots des hospices de la ville de Paris; cet ouvrage est composé 1° des réflexions qu'une longue étude de l'idiotie lui a suggérées; 2° des observations d'idiotie et d'imbécillité les plus remarquables que sa pratique lui a fournies; 3° du mode de traitement que l'expérience lui a montré le plus efficace; 4° des méthodes d'éducation les meilleures pour les enfants idiots ou arriérés et qui sont résultées pour lui d'une observation continue depuis dix ans, soit dans les familles, soit dans les hospices.

SENAC. Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies; seconde édit., augmentée par A. Portal. Paris, 1783, 2 vol. in-4, avec 23 planches. 20 fr.

SERRES. Recherches d'anatomie transcendante et pathologique; théorie des formations et des déformations organiques, appliquée à l'anatomie de la duplicité monstrueuse; par E. Serres, membre de l'Institut de France, médecin de l'hôpital de la Pitié. Paris, 1832, in-4, accompagné d'un atlas de 20 planches in-fol. 21 fr.

SESTIER. Traité de l'angine laryngée œdémateuse, par le docteur F. Sestier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, etc. Paris, 1852, in-8. 7 fr. 60

SIMON. Leçons de médecine homœopathique, par le docteur Léon Simon. Paris, 1855, 1 fort vol. in-8. 8 fr.

Cet ouvrage est divisé en dix-sept leçons; elles comprennent : 1° Une générale de la doctrine homœopathique; 2° De l'homœopathie dans ses rapports avec l'Histoire de la médecine; 3° De la méthode homœopathique; 4° Loi de spécificité; 5° Dynamisme vital; 6° Institution de l'expérimentation; 7° De la Pathologie homœopathique; 8° Diagnostic et Prognostic homœopathiques; 9° et 10° Théories des maladies chroniques; 11° et 12° Moyens de connaître les vertus curatives des médicaments; 13° Thérapeutique générale homœopathique; 14° Répétition des doses homœopathiques; 15° Modes de préparation et d'administration des médicaments homœopathiques; 16° Hygiène homœopathique; 17° Physiologie homœopathique.

SICHEL. Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin-oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, etc. 1852.

Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte in-4 et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau, avec le plus grand soin. Une livraison paraîtra toutes les six semaines. Prix de chaque. 7 fr. 50

La première livraison a été publiée le 1er août 1852.

Le texte se compose d'une exposition théorique et pratique de la science, dans laquelle viennent se grouper les observations cliniques, les mettre en concordance entre elles, et dont l'ensemble formera un *Traité clinique des maladies de l'organe de la vue*, commenté et complété par une nombreuse série de figures.

Les planches sont aussi parfaites qu'il est possible; elles offrent une fidèle image de la nature; partout les formes, les dimensions, les teintes ont été consciencieusement observées; elles représentent la vérité pathologique dans les nuances les plus fines, dans ses détails les plus minutieux; gravées par des artistes habiles, imprimées en couleur et souvent avec repère, c'est-à-dire avec une double planche, afin de mieux rendre les diverses variétés des injections vasculaires des membranes externes; toutes les planches sont retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

L'auteur a voulu qu'avec cet ouvrage, le médecin, comparant les figures et la description, puisse reconnaître et guérir la maladie représentée lorsqu'il la rencontrera dans la pratique.

SPRENGEL. Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au dix-neuvième siècle, avec l'histoire des principales opérations chirurgicales et une table générale des matières; traduit de l'allemand de Kurt Sprengel, par A.-J.-L. Jourdan, D. M. Paris, 1815-1820, 9 vol. in-8. br. 45 fr.

Les tomes 8 et 9 séparément, 2 vol. in-8. 12 fr.

SWAN. La Névrologie, ou Description anatomique des Nerfs du corps humain, par le Docteur J. Swan; *ouvrage couronné par le collége royal des chirurgiens de Londres*, traduit de l'anglais, avec des additions, par E. Chassaignac, D. M., prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, accompagné de 25 belles planches, gravées à Londres avec le plus grand soin. Paris, 1838, in-4, grand papier vélin cart. 24 fr.

Cet ouvrage a acquis un grand intérêt par les nombreuses et importantes additions qu'y a faites M. Chassaignac, lesquelles, jointes à des planches d'une exécution parfaite, en font un livre indispensable pour l'étude si intéressante du système nerveux.

TARDIEU. Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les Questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les Subsistances, les Épidémies, les professions, les Établissements et institutions d'Hygiène et de Salubrité, complété par le texte des Lois, Décrets, Arrêtés, Ordonnances et Instructions qui s'y rattachent; par le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre du conseil consultatif d'hygiène publique, médecin assermenté près les tribunaux, etc. Paris, 1852, 2 fort vol. grand in 8.

Le tome premier est publié grand in-8 de 600 pages. 8 fr.

TARDIEU. De la morve et du farcin chronique chez l'homme, par le docteur *Ambr. Tardieu*. Paris, 1843, in-4. 5 fr.

TEMMINCK et LAUGIER. Nouveau recueil de Planches coloriées d'oiseaux, pour servir de suite et de complément aux planches enluminées de Buffon, par MM. Temminck, directeur du Musée de Leyde, et Meiffren-Laugier, de Paris.

Ouvrage complet en 102 livraisons. Paris, 1822-1838, 5 vol gr. in-folio avec 600 planches dessinées d'après nature, par Prêtre et Huet, gravées et coloriées. 1,000 fr.

Le même avec 600 planches grand in-4 figures coloriées. 750 fr.

Demi-reliure, dos de maroquin. Prix des 5 vol. grand in-folio. 90 fr.

— *dito* — Prix des 5 vol. grand in-4. 60 fr.

Acquéreur de cette grande et belle publication, l'une des plus importantes qui honorent la librairie française moderne, et l'un des ouvrages les plus parfaits pour l'étude si intéressante de l'ornithologie, nous venons offrir le *Nouveau recueil de planches coloriées d'oiseaux* en souscription en baissant le prix d'un tiers.

Chaque livraison composée de 6 planches gravées et coloriées avec le plus grand soin, et le texte descriptif correspondant. L'ouvrage est *complet* en 102 livraisons.

Prix de la livraison in-folio, figures coloriées, au lieu de 15 fr. 10 fr.

— grand in-4, fig. coloriées, au lieu de 10 fr. 50 7 fr. 50

La dernière livraison contient des tables scientifiques et méthodiques. Les personnes qui ont négligé de retirer les dernières livraisons pourront se les procurer aux prix indiqués ci-dessus.

TEMMINCK. Les oiseaux d'Europe, décrits par C.-J. Temminck, directeur du Musée d'histoire naturelle de Leyde. Atlas de 530 planches dessinées par J.-C. Werner, peintre au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Paris, 1848.

Deux beaux vol. in-8, fig. color., cartonnés. Prix réduit, au lieu de 220 fr. 100 fr.

Deux beaux vol. in-8, figures noires, cartonnés. 25 fr.

Il ne reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de cet important ouvrage dont nous avons baissé le prix plus des trois quarts.

TREMINCK. Monographies de mammalogie, ou Description de quelques genres de mammifères, dont les espèces ont été observées dans les différents Musées de l'Europe, par C.-J. Temminck. *Paris* et *Leyde*, 1827-1841, 2 vol. in-4, avec 70 planches. 50 fr.

Cet important ouvrage comprend dix-sept monographies, savoir : 1° genre Phalanger; 2° genre Sarrigue; 3° genres Dasyure, Thylacine et Phascogale; 4° genre Chat; 5° ordre des Chéiroptères; 6° Moloss; 7° sur les Rongeurs; 8° genre Rhinolophe; 9° genre Nyctocleptes; 10° genre Nyctophile; 11° genre Chéiroptères frugivores; 12° genre Stage; 13° genre Chéiroptères vespertilionides, 14° genres taphien, queue en fourreau, queue cachée, queue bivalve; 15° genres Areticts et Paradoxure; 16° genre Pédimane; 17° genre Mégère.

TESSIER. Recherches cliniques sur le traitement de la pneumonie et du choléra, suivant la méthode de Hahnemann, précédées d'un discours sur les abus de la statistique en médecine, par le docteur J. P. Tessier, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, etc. Paris, 1850, in-8. 5 fr.

TESTE. Manuel pratique de magnétisme animal. Exposition méthodique des procédés employés pour produire les phénomènes magnétiques et leur application à l'étude et au traitement des maladies, par J.-A. Teste, docteur en médecine de la Faculté de Paris. *Troisième édition augmentée.* Paris, 1846, 1 vol. in-12. 4 fr.

Malgré l'attention générale que le magnétisme excite depuis quelques années, et surtout dans toutes les contrées de l'Europe, malgré les louables efforts des hommes éclairés qui déjà lui ont voué leur talent, c'est encore une question neuve pour beaucoup de personnes et qui demande d'être étudiée avant d'être jugée; telle est le solution que s'est proposée M. Teste. Enseigner l'art du magnétisme, en jeter les éléments dans toutes les classes de la société, *faire* ressortir les immenses avantages que l'humanité doit en retirer un jour, tel est le but que l'auteur a atteint en publiant le *Manuel pratique du magnétisme animal.*

TESTE. Le magnétisme animal expliqué, ou Leçons analytiques sur la nature essentielle du magnétisme, sur ses effets, son histoire, ses applications, les diverses manières de le pratiquer, etc., par le docteur A. Teste. Paris, 1845, in-8. 7 fr.

TESTE. Traité homœopathique des maladies aiguës et chroniques des enfants, par le docteur A. Teste. Paris, 1850, in-12 de 420 pages. 4 fr. 50

THEVENOT. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, spécialement au Sénégal, ou Essai médico-hygiénique sur le sol, le climat et les maladies de cette partie de l'Afrique; par J.-P. Thevenot, chirurgien de 1re classe de la marine, chargé en chef du service des hôpitaux au Sénégal, *publié par ordre du ministre de la marine.* Paris, 1840, in-8. 6 fr.

THIERRY. Quels sont les cas où l'on doit préférer la lithotomie à la lithotritie et réciproquement. Paris, 1842, in-8. 2 fr. 50

THOMAS. Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans, par le docteur P.-F. Thomas, ancien médecin de la marine, ayant pratiqué pendant vingt-huit ans à la Nouvelle-Orléans, correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1849, in-8. 4 fr.

THOMSON. Traité médico-chirurgical de l'inflammation; par J. Thomson, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg; traduit de l'anglais et augmenté d'un grand nombre de notes, par A.-J.-L. Jourdan et F.-G. Boisseau. Paris, 1827, 1 fort vol. in-8. 9 fr.

TIEDEMANN ET GMELIN. Recherches expérimentales, physiologiques et chimiques sur la digestion considérée dans les quatre classes d'animaux vertébrés; par F. Tiedemann et L. Gmelin, traduites de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1827, 2 vol. in-8, avec grand nombre de tableaux. 15 fr.

TOMMASSINI. Préces de la nouvelle doctrine médicale italienne, ou Introduction aux leçons de clinique de l'université de Bologne, par le professeur J. Tommassini. Traduit de l'italien, avec des notes par le docteur P.-L. Vander-Linden, Paris, 1822, in-8. 2 fr. 50

TORTI (F.) Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas; nova editio, edentibus et curantibus C.-C.-F. Tourdes et O. Brixne. D. M. Leodii et Parisiis. 1821, 2 vol. in-8, fig. 16 fr.

TRÉBUCHET. Jurisprudence de la Médecine, de la Chirurgie et de la Pharmacie en France, comprenant la médecine légale, la police médicale, la responsabilité des médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc., l'exposé et la discussion des lois, ordonnances, règlements et instructions concernant l'art de guérir, appuyée des jugements des cours et tribunaux; par A. Trébuchet, avocat, chef du bureau de la police médicale à la Préfecture de police. Paris, 1834, 1 fort vol. in-8. 9 fr.

TRÉLAT. Recherches historiques sur la folie; par U. Trélat, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1839, in-8.

TROUSSEAU ET BELLOC. TRAITÉ PRATIQUE DE LA PHTHISIE LARYNGÉE, de la laryngite chronique et des maladies de la voix, par A. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants, et H. BELLOC, D. M. P., *ouvrage couronné par l'Académie de Médecine.* Paris, 1837, un vol. in-8, accompagné de 9 planches gravées. 9 fr.

— Le même, figures coloriées. 12 fr.

VACQUIÉ. DE L'INFLUENCE DE NOUVELLES DOCTRINES MÉDICALES françaises sur la connaissance et le traitement des maladies aiguës. Paris, 1825, in-8. 2 fr. 50.

VALLEIX. GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par le docteur F.-L.-I. VALLEIX, médecin de l'Hôpital Beaujon, membre de la Société médicale d'observation. *Deuxième édition*, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1850-1851, 5 beaux volumes grand in-8 de chacun 700 pages. 45 fr.

Cet ouvrage est principalement destiné à tracer les règles du diagnostic et à diriger le praticien dans le traitement des maladies. Dans ce but, l'auteur non seulement a exposé le diagnostic en détail, mais encore l'a résumé dans des tableaux synoptiques qui permettent de saisir d'un coup d'œil les différences les plus caractéristiques des diverses affections. Puis, arrivant au traitement, il étudie chez les anciens et les modernes, apprécient la valeur de chaque médication, citant les principales formules, exposant les procédés opératoires, donnant des ordonnances suivant les cas, en un mot alliant la thérapeutique à la pathologie, de manière qu'elles s'éclairent l'une l'autre.

Par une disposition typographique mieux entendue, nous avons pu faire entrer les 10 volumes de la première édition et les nombreuses additions en 5 beaux volumes, grand papier, et les baisser de moitié prix.

On peut se procurer séparément les derniers volumes de la *première édition*. Prix de chaque. 6 fr.

VALLEIX. CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, par F.-L.-I. VALLEIX. Paris, 1838, 1 vol. in-8 avec 2 planches gravées et coloriées représentant le céphalématome *sous-péricrânien* et son mode de formation. 8 fr. 50.

VALLEIX. TRAITÉ DES NÉVRALGIES, ou affections douloureuses des nerfs; par L.-F. VALLEIX. (*Ouvrage auquel l'Académie nationale de médecine accorda le prix Itard, de trois mille francs, comme l'un des plus utiles à la pratique*). Paris, 1841, in-8. 8 fr

Les névralgies, ces affections si douloureuses, et qu'il est si important de reconnaître promptement pour les traiter avec énergie avant qu'elles ne soient devenues chroniques et rebelles, n'avaient pas encore été étudiées d'une manière complète. Dans l'ouvrage de M. Valleix, ces maladies y sont étudiées avec le plus grand soin, tant sous le rapport des symptômes que des divers traitements mis en usage. C'est appuyé d'un grand nombre d'observations, et en réunissant à ces nouvelles recherches tout ce qui a été publié avant lui, que l'auteur a éclairé l'histoire des névralgies déjà connues, en même temps qu'il en a signalé quelques variétés qui, quoique fréquentes, étaient enveloppées de doute et d'obscurité.

VELPEAU. NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, accompagnés d'un Atlas de 22 planches in-4, gravées, représentant les principaux procédés opératoires et un grand nombre d'instruments de chirurgie, par A.-A. VELPEAU, membre de l'Institut, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. *Deuxième édition, entièrement refondue*, et augmentée d'un traité de petite chirurgie, avec 191 planches intercalées dans le texte. Paris, 1839, 4 forts vol. in-8 de chacun 800 pages et atlas in-4. 40 fr.

— Avec les planches de l'atlas coloriées. 60 fr.

VELPEAU. TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE CHIRURGICALE, générale et topographique du corps humain, ou Anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. *Troisième édition*, entièrement refondue et augmentée en particulier de tout ce qui concerne les travaux modernes sur les aponévroses; par A.-A. Velpeau. Paris, 1837, 2 forts volumes in-8, avec Atlas de 17 planches in-4 gravées. 20 fr.

VELPEAU. RECHERCHES anatomiques, physiologiques et pathologiques SUR LES CAVITÉS CLOSES naturelles ou accidentelles de l'économie animale, par A.-A. VELPEAU. Paris 1843, in-8 de 208 pages. 3 fr. 50

VELPEAU. DES INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LES CAVITÉS CLOSES. Paris, 1846, in-8. 3 fr.

VELPEAU. MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, d'après les leçons de M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité; par M. le docteur G. JRANSELME. Paris, 1840, 1 fort vol. grand in-18 de 700 pages. 6 fr.

VELPEAU. EXPOSITION D'UN CAS REMARQUABLE DE MALADIE CANCÉREUSE avec oblitération de l'aorte. Paris, 1825, in-8. 2 fr. 50

VELPEAU. DE L'OPÉRATION DU TRÉPAN dans les plaies de la tête. Paris, 1834, in-8. 4 fr. 50

VELPEAU. Embryologie ou Ovologie humaine, contenant l'histoire descriptive et iconographique de l'œuf humain, par A.-A. Velpeau, accompagné de 15 planches dessinées d'après nature et lithographiées avec le plus grand soin, par A. Chazal, Paris, 1835, 1 vol. in-fol. 25 fr.

VIDAL. Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, avec des Résumés d'anatomie des tissus et des régions, par A. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc. *Troisième édition* entièrement refondue et considérablement augmentée. Paris, 1851, 5 vol. in-8 de 800 pages chacun; accompagnés de plus de 575 figures intercalées dans le texte. 40 fr.

Le Traité de pathologie externe de M. Vidal (de Cassis), dès son apparition, a pris rang parmi les livres classiques; il est devenu entre les mains des élèves un guide pour l'étude, et les maîtres le considèrent comme le *Compendium du chirurgien praticien*, parce qu'à un grand talent d'exposition dans la description des maladies, l'auteur joint une puissante force de logique dans la discussion et dans l'appréciation des méthodes et procédés opératoires. La troisième édition a reçu des augmentations tellement importantes, qu'elle doit être considérée comme un ouvrage neuf, et ce qui ajoute à l'*utilité pratique* du *Traité de pathologie externe*, c'est le grand nombre de figures intercalées dans le texte. Qui ne sait que ce qui frappe les yeux se grave plus facilement dans la mémoire? Ce livre est le seul ouvrage complet où soit représenté l'état actuel de la chirurgie.

VIDAL. Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice, injections vaginales et intra-vaginales; par A. Vidal (de Cassis). Paris, 1840. In-8. 1 fr. 50.

VIDAL. De la cure radicale de varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique. *Deuxième édition*, revue et augmentée; par Vidal (de Cassis). Paris, 1850, in-8. 2 fr.

VIDAL. Du cancer du rectum, et des opérations qu'il peut réclamer; parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel, par le docteur Vidal (de Cassis). Paris, 1842, in-8. 2 fr. 50.

VIDAL. Des hernies ombilicales et épigastriques, par le docteur A. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. *Thèse de concours*. Paris, 1848, in-8 de 133 pages. 2 fr. 50.

VIDAL. Des inoculations syphilitiques. Lettre médicale, par le docteur Vidal (de Cassis). Paris, 1849, in-8. 1 fr. 25

VIOLETTE et **ARCHAMBAULT.** Dictionnaire des analyses chimiques, ou Répertoire alphabétique des analyses de tous les corps naturels et artificiels depuis la fondation de la chimie, avec l'indication du nom des auteurs et des recueils où elles ont été insérées, par MM. Violette, directeur des poudres et salpêtres, ancien élève de l'École polytechnique, et Archambault. Paris, 1851, 2 vol. in-8 à deux colonnes. 16 fr.

Les chimistes apprécieront l'importance et la commodité d'un Dictionnaire qui renferme les faits constants relatifs à tous les composés, les formules qui les désignent, et les nombres au moyen desquels ces formules ont été établies. La série chronologique des analyses présente pour chaque corps une sorte de résumé historique où l'on pourra suivre les progrès de la science. Le naturaliste et le médecin trouveront dans ce livre les compositions des tissus d'animaux et de plantes, des produits de l'organisation dans l'état de santé et de maladie. Le géologue y trouvera les analyses des roches et des fossiles, dont l'ingénieur, à son tour, peut tirer un parti avantageux pour la connaissance des localités qu'il exploite ou des matériaux qu'il veut mettre en œuvre. Le fabricant de produits chimiques, le maître de forges, le teinturier, l'agriculteur, qui veulent marcher dans la voie du progrès, trouveront dans le *Dictionnaire des analyses chimiques* un grand nombre de renseignements utiles.

VIREY. Philosophie de l'histoire naturelle, ou Phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux; par J.-J. Virey, membre de l'Académie nationale de Médecine, etc. Paris, 1835, in-8. 7 fr.

VIREY. De la physiologie dans ses rapports avec la philosophie, par J.-J. Virey, Paris, 1844, in-8. 7 fr.

VOISIN. De l'homme animal, par le docteur F. Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre. Paris, 1839, in-8, avec figures. 7 fr. 50.

VOISIN. Des causes morales et physiques des maladies mentales, et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis; par F. Voisin. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

ZIMMERMANN. La solitude considérée par rapport aux causes qui en font naître le goût, de ses inconvénients et de ses avantages pour les passions, l'imagination, l'esprit et le cœur; par J.-G. Zimmermann, nouvelle traduction de l'allemand, par A.-J.-L. Jourdan, *nouvelle édition augmentée d'une notice sur l'auteur*. Paris, 1840, 1 fort vol. in-8. 7 fr.

Personne n'a mieux écrit sur les avantages et les inconvénients de la solitude que le célèbre Zimmermann, tout son livre est empreint des pensées les plus généreuses. Un livre aussi fortement pensé ne peut manquer d'être recherché avec avidité, et d'autant qu'il est écrit avec ce charme particulier qui caractérise les productions de tous les penseurs mélancoliques.

LECTURES ON HISTOLOGY. Elementary tissues of plants and animals, by J. Quekett. London, 1852, in-8, avec 159 figures intercalées dans le texte. 14 fr.

A PRACTICAL TREATISE ON THE USE OF THE MICROSCOPE, including the different methods of preparing and examining animal, vegetable and mineral structures, by John Quekett, assistant conservator and demonstrator of minute anatomy at the Royal college of surgeons, avec planches et figures intercalées dans le texte. *Second edition with additions.* London, 1852, 1 vol. in-8. 27 fr.

PRINCIPLES OF PHYSICS AND METEREOLOGY, by J. Muller, professor of physics at the University of Freiburg. London, 1847, 1 vol. in-8, avec 2 planches coloriées et 530 figures intercalées dans le texte. 23 fr. 50

PRINCIPLES OF THE MECHANICS OF MACHINERY AND ENGINEERING, by J. Weisbach, professor of mechanics and applied-mathematics in the Royal mining-academy of Freiberg. London, 1847-1848, 2 vol. in-8 avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte. 52 fr.

CHEMICAL TECHNOLOGY, or chemistry applied to the arts and to manufactures, by doctor F. Knapp, professor at the University of Giessen. London, 1848-1851, 3 vol. in-8, avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte. 79 fr.

ELEMENTS OF CHEMISTRY including the applications of the sciences in the arts, by Th. Graham. *Seconde édition* revue et augmentée. London, 1850, 2 vol. in-8. Tome 1er en vente, in-8 de 630 pages avec figures dans le texte. 26 fr. 50

THE ARCHITECTURE OF THE HEAVENS, by J. P. Nichol, professor of astronomy in the University of Glascow, 9e édit. London, 1854, in-8, fig. 26 fr. 50

THE LONDON JOURNAL OF BOTANY, containing figures and descriptions of such plants as recommend themselves by their novelty, rarity, history and uses; by sir W.-J. Hooker, director of the Royal Botanic garden of Kiew. Londres, 1842 à 1847, 6 forts vol. in-8, avec 24 planches. Prix de chaque année ou volume. 25 fr.

ICONES PLANTARUM, or figures and descriptions of new and rare plants selected from the herbarium, by W.-J. Hooker. London, 1842-1848, 4 vol. in-8, avec 400 planches. Prix de chaque volume, avec 100 pl. 37 fr. 50

SERTUM PLANTARUM, or drawings and descriptions of rare and undescribed plants from the authors herbarium, by H. B. Fielding, assisted by G. Gardner. London, 1844, 1 vol. in-8 avec 75 planches. 26 fr. 50

A NATURAL HISTORY OF THE MAMMALIA, by C.-B. Waterhouse, assistant of the British Museum. London, 1846-1848. Tome I, *Marsupiata*. T. II. *Rodentia*, publiés en 22 livraisons. Prix de chaque volume avec figur. noires. 36 fr.
Avec figures coloriées. 44 fr.

ON THE DISEASES AND DERANGEMENTS OF THE NERVOUS SYSTEM, in their primary forms and in their modifications by age, sex, constitution, hereditary predisposition, excess, general disorder and organic diseases, by Marshall Hall, docteur en médecine. London, 1841, in-8 avec 8 planches. 20 fr.

ON THE DIFFERENT FORMS OF INSANITY, in relation to jurisprudence, by doctor J. C. Prichard. *Second edition.* London, 1847, in-12. 6 fr. 50

SCROFULA; its nature, its causes, its prevalence, and the principles of treatment, by doctor B. Phillips, surgeon to the Westminster hospital. London, 1846, in-8. 15 fr.

A TREATISE ON DISEASES OF THE EYE and its appendages, by doctor R. Middlemore, London, 1835, 2 vol. in-8. 45 fr.

ELEMENTS OF MEDICINE on morbid poisons, by R. Williams, physician of S. Thomas hospital. 2 vol. in-8. 35 fr.

THE ANATOMY OF THE NERVES OF THE UTERUS, by Rob. Lee, D.-M. London, 1841, in-fol. avec 2 belles planches gravées. 10 fr. 50

ODONTOGRAPHY, A TREATISE ON THE COMPARATIVE ANATOMY OF THE TEETH; their physiological relations mode of development and microscopic structure in the vertebral animals, by Richard Owen, membre de la Société royale de Londres, 1840-1845. *Ouvrage complet*, publié en trois parties, accompagné de 168 planches gravées, 2 vol. grand in-8. 140 fr.

CHEMISTRY OF ORGANIC BODIES, by Th. Thomson, professor of chemistry in the University of Glasgow. London, 1838, in-8 de 1076 pages. 30 fr.

Paris — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

L271
A13
1852

Abeille, J.

Traité des hydropisies et des kystes

2382

NAME	DATE DUE